الشخصية

والاضطرابات السلوكية والوجدانية

تأليف

د. أمال عبد السميع مليجي باظه

أستاذ الصحة النفسية المساعد ورئيس قسم علم النفس

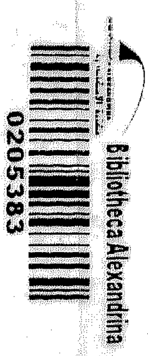
بكلية التربية بكفر الشيخ

مكتبة الانجلو المصرية

١٦٥ ش محمد فريد - القاهرة

الطبعة الأولى

١٩٩٧







والاضطرابات السلوكية والوجدانية

تأليف

د. آمال عبد السميع مليجي باظه

أستاذ الصحة النفسية المساعد

ورئيس قسم علم النفس

بكلية التربية بكفر الشيخ

الطبعة الأولى

١٩٩٧

مكتبة الانجلو المصرية

١٦٥ ش محمد فريد - القاهره

اهداء

إلى والدى ووالدتى

إلى زوجى وأبنائى

(محمد - أحمد - سالى)

اهدى هذا الكتاب

بسم الله الرحمن الرحيم

(تقديـــــم)

يحتوى هذا الكتاب على ثلاثة فصول تفيد المتخصص فى مجال علم النفس وبصفه خاصه مجال الصحة النفسيه . ويحتوى الفصل الأول على عرض موجز لأشهر نظريات الشخصية بطريقة مبسطة ومقارنه . وذلك حيث ان الشخصية تعد بمثابة الجهاز المحدد للسلوك وتم عرض نظرية (آلبورت) التي جمعت بين الوحده الكلية الديناميه والوظيفيه وتم توضيح علاقة كل من السمه والعامل والبعد عند كل من (جيلفورد و أيزنك) والعلاقة بين خصائص الشخصية والمرض . وكذلك الشخصيه والالم كتناول جديد في هذا الكتاب . ويحتوي الفصل الثانى على مجموعة من الاضطرابات السلوكية مثل العدائية والعدوانية مشتملة علي أهم نظرياتهما ومقايسهما سواء التى تم تقينها فى المجتمع المصري أو ماهو شائع في التراث السيكولوجي والفروق الجنسية في السلوك العدوانى وصوره والآثار السلبيه لتعرض الإناث والسيدات للعنف والعـــــدوان .

ويحتوى هذا الفصل أيضا علي مشاعر الذنب ومستوياتها ومصادرها ثم كيفيه قياسها وموجز عن الاختبار المعد لقياسها . بالاضافه الى السلبيه نحو الذات والعالم والمستقبل التي يعتبرها (بلاك بورن) أسلوب معرفى وتم تقنين مقياسا للأبعاد الثلاثه السابقه هذا بالاضافه الى وجود جزء خاص باضطرابات الاكل باشهر صورتين هما : فقدان الشهيه العصبي وشره الطعام وتم عرض أكثر من نظريه ونموذج تحليلي وظيفى لتفسير حدوثهما . ويعتبر الكتابه فى هذا الجزء بنظرياتها الحديثه مجال رائد من مجالات الصحه النفسيه .

وفى الفصل الثالث : تم مناقشة وعرض الافكار الخاصة بتصنيف الاضطرابات الوجدانيه حيث أطلق عليها فى دليل تشخيص الامراض العقليه والنفسيه الذى تصدره رابطه الاخصائيين الامريكين فى طبعته الاخيره . وتم عرض كل من اضطراب الاكتئاب بأنواعه ومقاييسه والتداخل مع اضطراب القلق . وكذلك الاضطراب الهستيرى والاضطراب الوسواسى القهرى .

ويشتمل هذا الكتاب على تعريف مجموعة من المقاييس النفسيه الحديثه التي اعدت للمتخصص النفسى العربى كل عقب الجزء الخاص بها .

ويتناول هذا الكتاب أمثلة للاضطرابات سواء السلوكية أو الوجدانيه الاكثر شيوعا .

وأسجد لله العلى العظيم على توفيقه لى فى اعداد هذا الكتاب مع دعائى .

« اللهم انى أعوذ بك من علم لاينفع »

د. آمال عبد السميع باظه

١٩٩٧م

الفصل الأول

الشخصيـــة

- نظريات الشخصيه .
- الســـمات .
- الابعـــاد .
- الانمـــاط .
- الشخصية والمرض .
- الشخصية لبعض الحالات المرضية .

نظريات الشخصيـــــه

أولا : نظريه السمات - الأنماط - الأبعــــاد

تقسيم السمات عند " البـورت "

أ : السمات العامه والخاصه (الفريــده) :

السمات العامه هـى السمات المشتركه أو الشائعـه بين عـدد كبير من الا فـــــــر في حضاره معينه وقد تكون في حضارات كثيره كذلك . او قد تشيع بين الا فـراد علـــى وجه العموم ومن أمثله السمات المشتركه للشخصيه الشيطره والا نطواء - الا تزان الوجدانـــي والسمه العامه هي مظاهر عديده للشخصيه يمكننا ان نقارن بها بصوره معتدله جميع الا فراد الذين ينتمون الى بيئه ثقافيه معينه ، فالسمات العامه اذا تلك المظاهر من الشخصيـــــه التي يمكننا ان نقارن بها بصوره معتدله ومفيده معظم الا فراد في بيئه ثقافيه معينـه .

يعرف " البورت " (١٩٣٧) السمه العامه بأنها فئه تصنف فيها أشكال السلـــــوك المتكافئه وظيفيا لدى المجموع العام من الناس ورغم تأثرهـا باعتبارات مصطنعـه فــــــان السمه المشتركه تعكس الى حـد ما الا ستعدادات الحقيقيه والتي يمكن مقارنتها لـــــدى الكثير من الشخصيات ونتيجه للطبيعه الشريه العامه والثقافيــه المشتركه فانها تنمـــى أساليب متشابهه من توافقهم مع بيئاتهـم ولكن بدرجـات مختلفــه .

والسمه الفرديه هي فحسب التي يمكن اعتبارها سمه حقيقيه لان السمات توجد دائمـا في افـراد وليس في المجموع بشكل عام ولا نها تتحاور وتعـمم الى استعدادت ديناميه بطـرق فريده وفقاً لخبرات كل فرد وان السمه المشتركه ليست سمه حقيقيه على الا
انها مجرد جانب صالح للقياس من السمات الفريده المعقده ، ورغم وجود تشابهات فـــي أبنيه السمه لدى أفراد مختلفين فان الطريقه التي تعمل بها أيه سمه بالذات لدى شخـص

معين تكون دائماً خصتئص فريده تميزها عن جميع السمات المشابهه لدى الاشخاص الآخرين وهكذا فان السمات جميعها سمات فرديه وفريده ولا تخلع الا على فرد بعينه.

ورغم توضيح " ألبورت لأهميه كلا النوعين من السمات العامه والخاصه أو المشتركه والفريده ا انه يضع السمات المشتركه فى مستوى أدنى من الفريده اذا يرى أن الاخيره هى الجديره بالدراسه وهو يبدو فى ذلك بفكره التغير والتفرد ، ولكن فكره " ألبورت " هذه لا يوافق عليها كثير من دارسى الشخصيه وخصوصاً الذين يستخدمون منهج التحليل العاملى ، ذلك أن العلم يهتم بالدرجه الاولى بالجوانب العامه التى يشترك فيها الافراد ويتشابهون وهذا المدخل الأخير يساعد على امكان اجراء القياس وعقد المقارنات .

وعلى أى حال فان هذا الخلاف يعكس التعارض القائم فى علم النفس عامه بين المنهج الاحصائى أو السيكومترى الذى يركز على ما هو مشترك مقابل المنهج الكلينيكى الذى يركز على السمات الفرديه ودراسه الحاله ولو ان وجهه النظر الكلينيكيه الحديثه تعتمد على اسس سيكومتريه احصائيه .

ب : السمات الأصليه (الأساسيه) والمركزيه والثانويه :

انه من المفيد ان نتعرف على ان السمات قد تختلف فى دلالتها وأهميتها فى بناء الشخصيه حيث ان بعض الافراد قد تكون لديهم سمه واحده قويه الى حد أ معظم سلوكهم يتأثر بها وهى ما تسمى بالسمه الرئيسيه وأنها تبلغ من السياده قدرا لا تستطيع سوى نشاطات قليله ألا تخضع لتأثيرها أما بشكل مباشرا أوغير مباشر ولا يمكن لمثل تلك السمه ان تظل مختفيه طويلا فالفرد يعرف بها حتى أنه يصبح مشهورا بها ويطلق أحيانا على مثل تلك الصفه السائده اسم السمه البارزه أو الشهوه .

المسيطره أو العاطفه السائده أو أصل الحياه والسمات المركزيه وهى أكثر شيوعاً وهى تمثل الميول التى تميز الفرد تماماً والتى كثيرا ما تظهر ويكون استنتاجها سهلا تماماً وعددها لا يتجاوز خمس أو عشر سمات ، أما السمات الثانويه فهى اقل حدوثا

وأقل اعمية في وصف الشخصيه وأكثر تركزا من حيث الاستجابات التي تؤدي اليهـا وأيضـا من حيث المنبهات التي تناسبهـا .

جـ : السمات التعبيريـه والاتجاهيـه :-

السمات التعبيريه هـي سمـات معينه تؤثر على شكل السلوك أو تلونه ولكنها لا تكـون واقعيه لدى أغلب الافراد (كما هو الحال بالنسبه للميول والقيم والغايا ت البعيـده ومن أمثلتها السيطره والمثابره وقد يظهر الفرد تلك السمات بصرف النظر عن الهـدف الذي يسعى اليه أما السمات الاتجاهيه فهي سمات ذات تأثير محدود في مجالات معينة من مجالات الحياه ، وبعد تصنيفه للسمات يوضح ان السمات ليست مستقله بل متداخلـه ولا يوجد فاصله بين سمه وآخرى وهذا التداخل يفسر بشكل جزئي انه ليس في الامكـان التوصل الى طرق مرضيه تماماً لتصنيف السمات ، ورغم ان السمات يتم انتظامهـا بشكل فريد وفردى يضم عناصر تبدو متسقه والذى يعكسه السلوك فلا يعني ذلـك أن أي أو كل خصيه تحقق تكاملا تامـا والكبت والتفكك قد يوجد ان خلال أي حيـاه .

تقسيم السمات عند كاتـل :

أولا : من حيث الشموليـه :

أ : سمـات مصدريـه .

ب : سمات سطحيـه .

والسمات المصدريه هي التكوينات الحقيقيه الكامنه خلف السمات السطحيه والتي تساعد على تحديد وتفسير السلوك الانساني والسمات وهي ثابته وذات أهميه بالغه ويمكـن أن تقسم الى سمات تكوينيه وسمات تشكلها البيئه الاولى داخليه وذات أساس وراثي والثانيه تصدر عن البيئه وتتشكل بالاحداث التي تجرى في البيئه التي يعيش فيها الفـرد .

والسمات السطحية هي تجمعات للظواهر أو الاحداث السلوكيه التي يمكن ملاحظاتها وهي أقل ثباتاً كما أنها مجرد سمات وصفيه ومن ثم فهي أقل أهميه من وجهه نظر كاتل بل انها الوسيط لظهور السمات المصدريه .

ثانيا : من حيث العموميه :

أ : سمات عامه .

ب : سمات فريده .

ويتفق كاتل مع ألبورت في اعتبار أن هناك سمات مشتركه تتسم بها الافراد جميعاً أو على الاقل جميع الافراد الذين يشتركون في خبرات اجتماعيه معينه وثقافه واحده وهو يوافق بالاضافه الى ما سبق على ان هناك سمات فريده لا تتوافر الا لدى فرد معين ولا يمكن أن توجد لدى أي شخص آخر هذه الصوره بالضبط ويمضي خطوه أبعد مقترحاً تقسيم السمات الفريده الى سمات فريده نسبيا وسمات فريده جوهرياً بحيث تستند الاولى تفردها من فروق طفيفه في ترتيب العناصر التي تكون السمه في حين يتسم الفرد في الاخيره بسمه مختلفه أصلا ولا يتسم بها أي شخص آخر .

ثالثا : من حيث النوعيه :

أ : السمات المعرفيه :

(سمات عقليه ، وتتعلق بالفعاليه التي يصل بها الفرد الى الهدف مثل الذكاء والقدرات والثقافه والمعارف العامه والمهنيه وفكره الفرد عن نفسه ووجهه نظره وادراكه للناس والواقع.

ب : السمات الوجدانيه :

وتتصل باصدار الافعال السلوكيه وهي التي تختص بالاتجاهات العقليه أو بالدافعيه والميول أي تتعلق بتهيئه الفرد للسعي نحو بعض الاهداف .

ج : السمات المزاجيـــه :

وتختص بالايقاع والشكل والمثابره وغيرها وهـي ما تعرف بالسمات السلوكيه وتتعلق بجوانـب تكوينيـه للاستجابـه كالسرعه أو الطاقه أو الاستجابه الانفعاليـه .

تقسيم السمات عند جيلفورد :

تقسـم جيلفـورد السمات عامـه الى ثلاثـه أقسـام سمـات ومورفولوجيـه وفسيولوجيـه وسيكولوجيه

ثالثا : العوامل المؤثره في تكويـن :

تتون السمات الانفعاليه في الفرد نتيجـه لتفاعل عوامل هامـه في تكوينـها وهــي :

أ : الوراثـــــه :

من المعلوم ان هناك صفات معينه توجد نتيجـه لعوامل وراثيـه مثال ذلك خواص الشخص العصابى فيما يتعلق بنواحي القلق الانفعالى له حيث يرجـع غالبا الى عوامل وراثيـه لهـا علاقـه بالجهاز العصبي والاشخاص الذين يظهـرون ويعـبرون عن هـذه الصفـه بدرجـه ملحوظـه يظهرون علامات مختلفه من عدم التوازن الذاتـي والاستجابات الانفعاليـه التي ليس من الضروري ارتباطها بالقلق الانفعالي للعصابى قد يرجع أيضاً لوظيفـه وراثيـه ثم ان الميـل لاعاده الاستجابـه نفسها وثباتها للمؤثر البسيـط قد يعتمد على حالـه الفرد الذاتيـه .

ب : الوظيفـه الفسيولوجيـه :

بجانـب العوامل الوراثيـه السالفه الذكر المؤثـره في تكوين السمان الانفعاليـه توجد أيضـا عوامل اخرى هامه مؤثره وهي الوظائف الفسيولوجيـه للاعضاء ، فالطفل

الذى يمثل الغذاء ينمو سريعاً وتكون طاقته متزايده فيكون نماذج من السفات تظـل كمـا هـى بعد تغير الحاله الفسيولوجيه الداخليه ، فالغذاء وكيمياء الدم وافرازات الغـدد وعوامل أخرى متشابهه كلها تؤثر فى تكوين تلك السمات الانفعاليه ، كذلك يمكن لأى حالـه مرضيه عضويه مستمره لمده طويله تكوين سمه انفعاليه سطحيه والمقصود بالسمه الانفعاليه السطحيه السمه الانفعاليه اتى يسهل التعبير عنها بسهوله وسرعه أثناء تفاعل الفرد مـع غيره أو مع موقف حوله وتعتبر تلك السمات وكأنها موجوده فى السطح الخارجى للشخصيـه فهى لذلك تتفاعل مباشره مع البيئه حولها وقد سماها " كاتل " بالسمات السطحيـه وهناك نوع آخر من السمات الانفعاليه تقع فى مستوى أعمق داخل الشخصيه أى انها تلـى السمات السطحيه الى الداخل وهذه السمات لا يسهل التعبير عنها أو اظهارهـا نتيجه الاحتكاك أو التفاعل مع البيئه أو الموضوعات الخارجيه ولا بد للتعبير عنها خـلال السمات السطحيه وليس من السهل تحديد عدد السمات السطحيه أوعدد السمات المصدريه

جـ : **العوامل البيئيه المستمـره:**

اثبتت دراسات كثيره ان الانعزال مده طويله والفقر لدرجه كبيره بسبب كبتا بيولوجيـا ، فالطفل الذى يكون منعزلا حتى ولو لبضع سنين فى حياته الاولى ليس من السهل عليـه ان يصبح اجتماعيا - واستمرار الشجار والاتجاه العدوانى من البالغين له بـدون شك تأثير فى تكوين صفات معينه فى الاطفال وقد قدم (فرد لاندر ١٩٤٥) عـده تقارير كدراسه لرجل ذو نقص عقلى وشخصت أعراض المرض وهى عوده كليه الى الطفولـه وعدم القدره على عمل شئ مع غباء شديد وتدهور عقلـى .

تأثيـر خبرات النمـو :

من المعلوم ان الصفه الخاصه بزداد ثباتها مع الوقـت والصفات المختلفه لتصبـح م:موعه متداخله ومترابطه بمرور الوقت ومثل هذه الظواهر تساعدنا على فهم هذه الحقيقه .

اختبار المشـــير :

يعتبر اختبار المشير من الاسس السيكولوجيـه الهامه التى لها علاقه باستمرار وتكامـــــل السمات الانفعاليه ومعنى هذا ان الشخص لا يستجيب لكل المواقف التى قد تعرض ولكنه يختار منها الذى يلائم آرائـه الحاضره والذى يحبـه ويفضله ، مثال ذلك الأشخاص المرحـــــين يميلون لزياده المرح بينما هؤلاء الميالون للحزن يكونـون ميالون بطبعـهـم نحو الكآبـــــــه وعلى ذلك تكون المواقف المبنيـه على خـبرات ساره أو خـبرات غـير ساره سابقـه مسببـــــــه لازياده درجـه التوافق والتماثل بين السمات الانفعاليه فى الشخصيـــه .

٢- النسيان الانتقائـــــــى :

مظهر آخر من المظاهر الهامـه فى نفس المعنى هو النسيان الانتقائى اذا أن النــــاس عاده ما ينسون الاشياء والآراء التى لا تطابق تماماً الأحكام السابقـه المتكونه ، فمثلا مريـض البارانويـا ينسـى كل الأفعال الطيبـه الساره التى تمر بـه ولكنه يتذكر بدقـه كل الاحـــداث غـير الساره وأنواع السلوك العدوانى ضـــده .

٣- تغـيير الحقائق والاختـــلاق :

كثيرا ما يحدث ان يغـير الشخص الأحداث التى يذكرهـا لتلائم ما يرغبـه وقـد يبعـــــد أكثر من ذلك ويختلق احداثاً ليس لها أساس من الصدق نخلص من ذلك ان الوراثـــــــه والوظائــف الفسيولوجيه والبيئيـه والخبرات التى تقابل الفرد اثناء نموه تساهـم جميعـهـــا فى عمليه تكوين السمات الانفعاليه فى الشخصيه أى انه يمكن اعتبار السمات الانفعاليه فـــى الشخصيه محصله لتلك القوى الاربـــــع .

وهناك عده مراحل يمر بها العالم من اجل الوصول الى مفهوم لخصها (سيد غنيم ١٩٧٨) فيما يلـــى

أ : المرحله الاولـــى : وفيها تعزى السمه الى الانفعال أو السلوك الذى يقوم به الفـــرد وتصرفاته فى عديد من المواقف ومن هذه الملاحظات قد نستدل على وجود بعض الخصائـــص المشتركه بينها ومن ثم نميل الى وصف هذه الانفعال بصفه أو صفات معينه كأن نقول مثـــلا انه يعمل بحذر أو بثقه أو بسرعه ، ففى المرحله الاولى من تكوين السمه فعزو الصفـــه الى السلوك لا الى الشخـــص .

ب : المرحله الثانيـه : وفيها تعزى السمه الى الشخص الذى يقوم بالسلوك كأن نقول عنـــه انه حذر أو واثق أو متسرع ومن الطبيعى ان ينتقل الوصف من السلوك الى الشخص . فالسلوك قد يكون وقتيا وعابرا أما الشخص فهو موجود سواء قبل القيـــام بالسلوك أو بعده ومن خبرتنـــا اليوميه نلاحظ ان الناس على قدر الثبات فعند رؤيتنا لنوع من السلوك الذى يسلكه الفرد فى هذا الحين نميل الى وصف الفرد بسمه ما حسب الموقف الذى يوجد فيه حقيقه . وقـــد يخرج الفرد أحيانا على هذه السمه التى نصفه بها ولكن الغالبيه العظمى من هـــــذا السلوك يمكن ان تنطبق عيها هذه السمـــه .

جـ : المرحل الثالثه : تسميه المفهوم أو السمه فبعد ان نقرر امكانيه وصف الشخص بصفـــه ما نتيجه ملاحظتنا لسلوكه على فتره طويله من الزمن فاننا نشير الى هذه الصفه كشـــئ ما ونعطيها اسما فنقول ان هذا الشخص لديه سمه معينه هى سمه الحرص أو الثقـــه بالنفس أو غيرها من السمـــات :

هذا وقد وضع البورت ثمانيه معايير لتحديد السمه لخصها " سيد غـــنيم " لما يلـــى

١- ان للسمه أكثر من وجود اسمى (يعنى انها عادات على مستوى أكثر تعقيدا .

٢- أن السمه أكثر عموميه من العاده (عادان أو اكثر) تنظمان وتتسقان معاً لتكون سمــه.

٣- أن السمه ديناميه بمعنى أنها تقوم بدور دافعي في كل سلوك .

٤- أن وجود السمه يمكن ان يتحدد تجريبيا أو احصائياً وهـذا ما يتضح من الاستجابـات المتكرره للفرد في المواقف المختلفه أو في المعالجه الاحصائيه على نحو ما نجد في الدراسات العامليه عند أيزنك وكاتل وغيرهمـا

٥- السمات ليست مستقله بعضها عن بعض ولكنها عاده ترتبط فيما بينها ارتباطاً موجبا .

٦- أن سمه الشخصيه اذا نظرنا اليها سكولوجيا قد لا يكون لها نفس الدلاله الخلقيــه التي للسمه (فهي قد تتفق) أو لا تتفق والمفهوم الاجتماعي المتعارف عليه لهذه السمه) .

٧- أن الافعال والعادات غير المتسقه عاده مع سمه ما ليست دليلاً على عدم وجود هذه السمه فقد تظهر سمات متناقضه أحيانا لدى الفرد على نحو ما نجد في سمه النظافه أو الاهمـال

٨- أن سمه ما قد ينظر اليها في ضوء الشخصيه التي تحتويها بالنسبه للمجموع العام مــن الناس أي ان السمات اما أن تكون فريده أو ما أسماهـا " البورت " باسم الاستعدادات الشخصي أو قد تكون عامه ومشتركه بين الناس .

هـذا ومسلمه وجود السمات تتأكد من ثلاث حقائق هـي :-

١- لشخصيات الافراد درجه مرتفعه من الاتساق فان الشخص ويكشف عن نفس الاستجابـات التعوديه خلال عدد كبير من المواقف المتشابهــه .

٢- بالنسبه لاي عاده فاننا يمكن أن نجد بين الناس اختلافا في الدرجه وفي كميه هذا السلوك

٣- لشخصيات الافراد نوع من الاستقرار فان الشخص الذي يحصل على درجه معينه في أحـد المقاييس هذا العام فانه سيحصل في العاده على درجه مشابهه الى حد ما في العـام التالي .

وتؤدي بنا هذه الحقائق الثلاث الى أن ننظر الى سمات الشخصيه كنوع من العـادات العامه قادره على ان تستدعي عن طريق عدد كبير من المواقف وان النظر الى الشخصيه فـي

ضوء السمات يماثل أن يصف طريقة اقتصاديه الاختلافات الجوهريه فى السلوك مع اهمال العادات غير الهامه .

خامسا : كيفيه قياس السمات :

تعتبر مشكله قياس السمات هى مشكله قياس الشخصيه وهناك العديد من الاختبارات التى وضعت لقياسها وتحديدها مع استخدام الاسلوب الإحصائى المناسب من تلك الطرق الاساسيه للقياس .

١- موازين التقدير :-

يقوم بها محك واحد للشخص يتم اختياره لمعرفته بالفحوص أولانه على درجه عاليه من المهاره فى استخدام المقياس وهذه الطريقه لها عيبان هما :

أ : تأثر المحكم بشخصيه المفحوص أو الميل العام نحو تأثير المحكم على شخص ما بصدد سمه واحده على حكمه عليه فيما يتعلق بسمه أخرى حتى اذا لم يكن هناك ارتباط منطقى بين هاتين السمتين .

ب: الغموض بمعانى السمات وسبب الغموض ان المرء لا يمكن ان يكن على ثقه تامه وان كل مقدر سيفهم معنى السمه بنفس الطريقه وللتغلب على هذه العيوب

أولا : يفضل استخدام أكثر من محكم (أو مقدر) .

ثانيا : اضافه وصف موجز لكل بند فى المقياس بدلا من استخدام صفه واحده ومن مزاياها أنها محدده ومأمونه أما الموازين الذاتيه فقد ثبت أنها لا يمكن الاعتماد عليها ان لم تقارن بتقديرات الغير وهى وسائل لتقدير السمات الاجتماعيه والمزاجيه والخلقيه ووصفها كميا وتقدير مدى وجودها لدى الفرد .

١- موازيــن التقديــــر .

ويقوم بها محكم واحد للشخص يتم اختياره لمعرفته بالمفحوص أو لانه على درجه عاليـــه من المهاره في استخدام المقياس وهذه الطريقه لها عيبان هما :-

أ : تأثير الحكم بشخصيه المفحوص أو الميل العام نحو تأثير المحك على شخص ما بصــــدد سمه واحده على حكمه عليه فيما يتعلق بسمه أخرى حتى اذا لم يكن هناك ارتبـــــاط منطقي بين هاتين السمتين .

ب : الغموض بمعاني السمات وسبب الغموض ان المرء لا يمكن ان يكون على ثقه تامه وأن كــل مقدار سيفهم معنى السمه بنفس الطريقه وللتغلب على هذه العيـوب :

أولا : يفضل استخدام اكثر من محكم (أو مقــدر) .

ثانيا : اضافه وصف موجز لكل بند في المقياس بدلا من استخدام صفه واحده ومن مزاياها أنها محدده ومأمونه أما الموازين الذاتيه فقد ثبت أنها لا يمكن الاعتماد عليها ان لــم تقارن بتقديرات الغير وهى وسائل لتقدير السمات الاجتماعيه والمزاجيه والخلقيه ووصفها كميا وتقدير مدى وجودها لدى الفــرد .

٢- الاستبيانــــات .

وتسمى أحياناً " الاستخبارات " أو " الاستفتاءات " وهى أكثر الاختبارات شيوعـــا ويتكون الاستبيان النموذجي أو الاختبار الذاتي من سلسله من العبارات أو الجمل يطلب من المفحوص أو المستجيب أن يقول ما اذا كانت كل جمله حقيقيه أو كاذبه عندما تنطبق عليه هو شخصياً وفى النهايه تؤخذ اجاباته على أنها تعميم واسع النطاق وتسهم كل اجابه فى الدرجه الكليه التى يحصل عليها المفحوص على سمه أو اكثر تبعا لنظـــــام الاستبيان السابق تنظيمه ـ وكلما زاد عدد العبارات التى تقيس السمه الواحده كلمـــا

كانت الدرجه الكليه التي يحصل عليها المفحوص على درجه أكبر من الثبات ، وباثبات مدى صدق الاختبار بصوره شامله على طريق تطبيق مجموعه من مقاييس التقدير لنفس المفحوصين .

ومن عيوب الاستبيانات أن محتوى العبارات نادار ما يكون على درجه كافيه من الوضوح . ولقد أشار " ادواردز " الى أن كل عباره في الاستبيان لها عنصر معين من الاستحسان الاجتماعي على نطاق أكبر أو أقل وهذا يقدم الفرصه الكافيه للمفحوص فى أن يتظاهر بأنه فاضل نبيل ولذلك ابتدع اسيكومتريون مقياسا أطلقوا عليه اسم مقياس الكذب ليحموا انفسهم من هذا المصدر للانحياز ويتكون هذا المقياس من عدد من العبارات الانتقاديه التى تنتشر بين العبارات الأخرى وبصوره غيره واضحه حتى تصلح كشرك . ويتم استبعاد الحاصلين على درجه عاليه على مقياس الكذب .

ومن عيوب الاستبيانات أنه يشك فيها لاعتادها على صدق المفحوص ذاته .

١- الاختبار الموضوعى :

وينقسم الاختبار الموضوعى الى نوعين أساسين هما :

الاختبار السلوكى والاختيار الفسيولوجى ، فالاختبارات الاولى تقيس بعض جوانب الأداء الصريح للمفحوص على مهام تجريبيه محدده مثل السرعه - الطلاقه - المرونه - الاصرار وهكذا بينما المقاييس الأخرى ، تقيس ردود الأفعال الفسيولوجيه على بعض المثيرات الدافعيه . عن طريق تسجيل التغييرات فى معدل النبض - ضغط الدم - مقاومه الجلد الكهربيه ، افرازات الغدد ومما يعوق كلا النوعين من الاختبار الموضوعى ليس مجرد استغراقها وقتا طويلا أولا نهما يستلزمان تسهيلات خاصه بالعامل

المجهزه وانمدربين ، ولكن كلا النوعين ينقصهما الصدق والثبات فالدرجه التى يحصل عليها المفحوص عرضه للتأثير وبدرجه كبيره بالاحداث التى يتضمنها

موقف الاختبار وبالتالي فالنتيجه التي نحصل عليها من الاختبارات الموضوعيه ضئيلة الأهميه بالقياس الى الجهد المطلوب للحصول عليها .

٤- الاختبارات التعبيريه والاسقاطيه :

وتعتمد الاختبارات الاولى على افتراض ان الشخصيه تنعكس فى حركاتنا وحالاتنا المزاجيه وطريقتنا فى العمل والأداء أى السرعه والايماءات وملامح الوجه والمظهر الخارجي والخط وغيرها . وعلى الرغم من ان المحاولات التى بذلت لجعلها نوعيه ومحكمه ولكن يعوزها الصدق .

وقامت الاختبارات الاسقاطيه على خاصيه اداراكيه وهى أن الموقف الخارجي ان كان غامضا ومبهما أو غير واضح فانه يفسح المجال لشتى التأويلات الذاتيه ، فهى اختبارات مقننه تتكون من مواد مبهمه غامضه لفظيه وغير لفظيه ، سمعيه وبصريه - لا تستخدم هذه الاختبارات لقياس سمه واحده أو عده سمات من الشخصيه فى جملتها والكشف عن الجوانب اللاشعوريه من الشخصيه .

وتشتق الاختبارات الاسقاطيه اساسها المنطقي مما يسمى بديناميات اللاشعور لتظهر التخيلات ومستوى الطموح والاتجاهات ومنها اختبار التات ( ) واختبار بقع الحبر (الوروشاخ) واختبار تداعى المعانى أو تكمله الجمل الناقصه .

ويؤكد " بلوف " على ضروره استخدام الاختبارات الاسقاطيه بجانب الاختبارات السابقه بقوله " ليس هناك تعارض بين استخدام الاختبارات الاسقاطيه والاختبارات السابقه التي تحاول قياس السمات الفرديه " المتميزه بصوره نوعيه ويجب على مصمم الاختبارات الموضوعيه والسلوكيه استخدام الاختبارات التعبيريه والاسقاطيه .

سادساً : العلاقه بين السمات والعوامل والانماط:

فما سبق لتناولت الباحثه السمات وخصائها وأنواعها وتعريفها فلا داعى للتكرار ولذلك نبدأ بالعوامل :

تعريف العامل :

العامل هو مفهوم رياشي يفسر سيكولوجيا ومستمدا من استخدام منهج التحليل العاملى لمعاملات الارتباط بين مجموعه من المقاييس السلوكيه ويعرف العامل ومعجم ولمان ١٩٧٣ ، ص ١٣٩) على أنه التأثير الكامن والمسئول عن جزء من الفروق الفرديه لعدد من المظاهر السلوكيه ، ويعرف " صلاح مخيمر " العامل بأنه لافته رياضيه لتكثيف عدد من السمات أنتهت الى العموميه المجرده ابتداء من التسجيل القياس ولا يفرق بين العوامل والانماط الا من حيث الوسيله فالاولى تعتمد على التحليل العاملى والثانيه على ذاتيه الباحث وكلاهما تفكير بلغه الفئات (المنهج الارسططالى) .

وبذلك يتفق رأيه مع وجهه نظر (فيرنون) الذى يعتبر أن العوامل ينظر اليها أساسا على أنها قوائم التصنيف العقلى أو الأداءات السلوكيه أكثر من النظر اليها كوحدات فى العقل أو الجهاز العصبى وكذلك (انستازى) تذهب الى ان العوامل هى مجرد تصورات احصائيه وهذا يتفق مع رأى (ألبورت) من أنه انتاج رياضى وليس له معنى سيكولوجى .

توصل " جيلفورد " الى ١٣ عاملا أساسيا للشخصيه بعد حساب الارتباطات المتبادله من بنود عديده من استخبارات ويذهب " جيلفورد " الى ان العوامل التى تحصل عليها من التحليل العاملى تمثل حقائق سيكولوجية .

واعتمد " كاتل " كذلك على التحليل العاملى ووجه اهتمامه الى تحديد السمات الاساسيه للشخصيه وتوصل الى ١٦ عاملا للشخصيه ، وباجراء التحليل العاملى لهذه العوامل السته عشر من الرتبه الثانيه كشف عن وجود عاملى الانبساط والعصابيه ويمكن ان يقارننا

معوامل " ايزنك " الانبساط والعصابيه ول " كاتل " وجهه نظر خاصه الى التحليل العاملى على انه ليس منهجاً لتخفيض السمات . بل على أنه وسيلة هامه جداً للكشف عن الوحدات السببيه أي السمات الاساسيه (المصدريه) التي تكمن خلف تجمعات السمات السطحيه التي ترتبط بمتغيرات الشخصيه ومن هنا يتضح ان السمات المصدريه (الاساسيه) هي العوامل التي توصل اليها " كاتل " من وجهه نظره .

العوامل عند أيزنك :

تعتبر نظريه أيزنك عامليه لاستخدام التحليل العاملى ولكنه استعار لفظ البعد من الهندسه وهو يحدد نتيجه لبحوثه خمسه عوامل راقيه عريضه ذات أهميه فى وصف الشخصيه وهي :

١- الانبساط .
٢- العصابيه .
٣- الذهانيه .
٤- الذكاء .
٥- المحافظه مقابل التقدميه .

البعد :-

تعريفه :

يعتبر تلخيصا بلغه رياضيه لعدد كبير من أبعاد أخرى صغرى وهذه الابعاد الصغرى تعف أدرب ما تكون الى وقائع النشاط النفسي أو مظاهره . ومعنى ذلك ان البعد ماهو الا اطار تنتظم داخل مظاهر السلوك فى مجموعات متماسكه الى حد كبير يجمع بين أفراد كل منها جامع الاتفاق فى سرعه النضج واتجاهه فهى تزداد معا وتنقص معا وتثبت على قدر معين معاً .

ويعرف " سويف " أبعاد الشخصيه بأنها مفاهيم احصائيه فى طبيعتها تقوم بمثابه خطوط وهميه كخطوط الطول والعرض على الكره الارضيه وليس لها وجود فعلى فى الحياه النفسيه كوجود عمليات التفكير أو الحركه . ولكنها مع ذلك مفيده جداً فى بناء علينا كفائده خطوط الطول والعرض لتنظيم قسط من معلوماتنا وفى علم النفس الحديث دارت الدراسات حول تحديد الابعاد أو العوامل المختلفه للشخصيه وقد نسميها محاور أو السمات وهى متعدده لمسمى واحد .

ويتكون البعد عند أيزنك من عدد من السمات الاوليه وتستمد السمه اهميتها فى اسهامها فى التعريف العام للابعاد الكامنه لشخصيه أو طرزها واستخدامها فى مزيد من التحديد لتلك الأنماط أو الطرز . والطرز تنظيم للسمات فى بنيان أكثر عموميه أى ان الطرز تقابل العامل العام والسمه تقابل العامل الطائفى .

النمط :

لم يفرق "احمد راجح" بين الطراز والنمط ، ويعرفه بفئه أو صنف من الافراد يشتركون فى نفس الصفات العامه وان اختلف بعضهم عن بعض فى درجه اتسامهم بهذه الصفات أو هو مجموعه من السمات المترابطه . فالنمط لا يعنى شيئا أكثر من أن بعض الناس يشبهون أناسا آخرين معينه ، أى ان النمط يحتوى على أكثر مما يوجد فى فرد واحد بعينه الأنماط لا توجد فى الطبيعه ولكنها توجد فى عين الملاحظ الباحث . أى انه مفهوم افتراضى تجريدى نظرى .

والبعض يطلق على النمط " للطراز" ولكن " البورت " يبرز بين السمات والطرز على حسب مقدار اقتراب كل منها من الفرد فمن الممكن القول بأن الفرد يمتلك سمه معينه وليس طرازا والطرز عباره عن تكوينات نموذجيه يقيمها الملاحظ ويمكن ان يطابق بينها وبين الفرد ولكن على حساب فقدانه لهويته المميزه والسمه يمكن ان تعبر عن تفرد الشخص على حين يستلزم الطراز احفاء ذلك التفرد . وهكذا فان الطرز تمثل لدى " البورت " تمييزات

مصطنعـه ليس لها تشابه وثيق بالواقع . في حين أن السمات انعكاسات حقيقيه . لما هو موجـود.

يونج ولأنماط السيكولوجيـه :

يرتبط بحث الانطواء والانبساط " بكارل يونج " وهو لم يبتكـر تغـيرات الانبساطيه والانطوائيه ولكنه أخذها من استعمال طـبي شائع حيث كانت تستخدم بالتأكيد منذ أكثر من مائتي عام كمـا أنـه لم يكن أول من وصف هذه الانواع من الامزجـه كما يعتقد فهـي ترجع الى ابعد من ذلـك وقد ذكر يونج في النمطين نتيجـه عمله الطبي مع المرضـى العصبـين وهو يرى ان كل فرد يمتلك الميكانيزمـين من الانطوائيـه والانبساطيـه ولكن غلبه أحـد الميكانيزمين على الآخـر هو الـذى يحـدد نمط الفـرد .

فالمنطوى كما يرى " يونـج " انسان مشغول بعالمه الداخلي من خيال ونشاط بدني وهو غـير قادر نسبيا على المشاركه الاجتماعيه ويتجـه البيد وعنده الى الداخل على عكس المنبسط الـذى يهتم بالعلاقات الاجتماعيه ويجـد فيها اشباعاً لحاجاتـه الليبيديـه .

وقد اضاف " يونج " وظائف اربعـه أساسيه هي الاحساس ـ الشعـور ـ التفكـير ـ الحـدس وتلك تمثل المنابع التي يتلقى منها الفرد سـواء عن طريق النظـر أو الشعـور أو السمع أو التذوق ومن ثم يستطيع ان يتعامل مع المعلومات الخارجيـه والخـبرات .

ومن أهـم مقترحات يونـج لتوضيح الانطواء والانبساط قوله بأن الاشخاص المنبسطين فـي حياتهـم الشعوريـه يكونون انطوائيـين في حياتهـم اللاشعوريـه والعكس صحيـح . ويضـف الى ذلك أن الشخص المنطوى مثـلا الى جانب وصفـه الشعورى أو قل خلف وصفـه الشعـورى وضع لا شعـورى منبسط يعوض آلياً جانبه الشعـورىالوحيـد وهكذا يكون اللاشعـور بحسـب ما نرى وظيفه تعويضيـه بالنسبـه للشعـور .

ولقد بـنى " يونـج " مقياسـه للتفريق بين المنطـوى والمنبسط على متحولين الأول هو العيل

الى العمل الانبساطى المباشـــر وهو الذى يمكن أن يعتبر هذا النزوع الى التأمل وأحــــــلام اليقظـهوالتبصـــر . والمتحول الثانى هو الاهتمام بالاشخاص الآخرين والفاعليه الاجتماعيـه.

ويبدو لنا أن المتحولين يستقل احدهما عن الآخـر ، ولكن هذا التقييم تعسفـى نفـــــى الامكان الدلالـه على أشخاص يميلون الى أحلام اليقظـه والتأمل وفى الوقت نفسه مهتمين بالنشاط الاجتماعى كما أنـه من المهـم أن نعلم أن العلماء والمخترعين يميلون الى الانطواء برغم اهتمامهم الشديد بالاشياء بـل قـد يكون هناك متحولات متمازجـه فى التمييزييـن المنبسط والمنطوى .

الانطـواء والانبســاط :

محور من محاور الشخصيه تنتظم بـه مظاهـر السلوك من حيث ما تفرضـه من مظاهرتتذبـــذب بين الاندفاع والكف وما تعرضه من ميل لدى الشخص الى التعلق بقيم مستمده من العالم الخارجـى أو بقيم غير مستمده من العـالم الخارجـى ويلاحـظ ن مضمـون هذا العامل عنـد "ايزنـــــــك" يطابق مفهـوم الانطـواء ـ الانبسـاط عنـد " يونـج " ويسمـى هـذا البعد بالانطواء احيانـــــا وبالانبساط احيانا آخرى نسبـه الى هذا الطرف أو ذاك وجديـر بالذكـر أن هذا المحور لا علاقه لـه بالمرض النفســى وترجـع فى نهايـه الأمـر الى درجـه التنبيـه العام السائـد فى الانسجـــه العليالكل منـــا .

" ايزنـك " ومحور الانبساط ـ الانطــــواء

انتهى أيزنـك الى أن بعـد الانطـوء ـ الانبساط من الابعاد الهامـه للشخصيه الانسانيـــه وقد يحاأول أن يصنف الفروق الفرديـه على طول ذلك البعد أو المتصل الكمى متصل الانبســـــاط الانطـواء ويمتد من طرف قصى الى طرف آخر مـارا بمنطـقه وسطى يكـون فيها الناس لا هــــذا ولا ذاك وتشـير الماده التى تجمعـت لديـه من التجارب آن أغلب الناس يقعون فى المنطقــــه المتوسطـــه .

وبصف " أيزنك " المنطوى بأنه أكثر ذاتيه بينما المنبسط أكثر موضوعيه فالمنطوى يظهر درجه عاليه من النشاط الذاتى بينما المنبسط يظهر درجه عاليه من النشاط السلوكى . والمنطوى يظهر درجه عاليه من ضبط النفس بينما المنبسط يظهر ميلا نحو نقص القدره على ضبط ذاته والمنبسط يحقق التوافق عن طريق التعويض بينما المنطوى يحقق التوافق عن طريق النكوص واللجوء الى عالم الخيال والوهم .

واذا كان "فرويد" قد وصف المنطوى على أنه عصابى فى طور مبكره فقد وجد أيزنك" أنه لا يوجد ارتباط داخلى بين بعد الانبساط / الانطواء وبعد العصابيه وعلى ذلك نرى أن " ايزنك " لا يعود الى نظريه الانماط كما قال بها " يونج " بل هو فى الواقع يحاول التأليف بنفل ما وصفه من اختباراتموضوعيه وما ابتكره من منهج احصائى جديد هو التحليل المعيارى وبين نظريه الانماط ونظريه السمات ، ومن جهه يمكن التدرج من أحد طرفى البعد على الطرف المقابل له ومن جهه آخرى عملا بمبدأ الاقتصاد فى العلم فانه يقلل بقدر الامكان من عدد السمات أو العوامل لاصطفاء العوامل النقيه غير المتداخله والتى يمكن تعريفها تعرفا اجرائيا .

العلاقه بين الانطواء والانبساط والميل العصابى :

لقد تبل " يونج " جانبه للاضطرابات النفسيه والتى قسمها الى قسمين : الأول : أطلق عليهالسكاثينيا . والقسم الثانى وأطلق عليه الهستريا .

ونجد أن الاعراض العصابيه التى تصنف تحت المجموعه الاولى هى حالات القلق والاكتئاب والخاوف المرضيه والعادات القهريه والوساوس . وفى المجموعه الثانيه نجد ضروب من اضطرابات الشخصيه . كانحراف السلوك وأخطاء الذاكره والعمى الهستيرى وغيرها من الاضطرابات العضويه الظاهره . وعندما قبل يونج هذا التقسيم اقتراح ان المنبسط ينزع الى أن يظهر الاعراض الهستيريه عندما يعوض ، بينما المنطوى ينزع من مرضه الى السيكاثينيا بين ثم كانت ملاحظة يونج مفيده جدآ .

وأوضح " ايزنك " أن المنطوى يميل فى مرضه الى عصاب من النوع الاول سنما المنبسط يميل فى مرضه الى النوع الثانى من الاضطرابات الهستريه . رغم ان تقسيمات العصاب الى اضطرابات كالحصر والهستريا والمخاوف المرضيه أو مرض الحواز والا نعال القهريه والسيكوباتيه لا تزال موصفا للجدل والخلاف وليست التشخيصات المستخدمه فعلا وتعريفاتها محل تساؤل فحسب بل أيضا قدرة الاطباء النفسيه على تطبيق تلك العناوين بأى طريقة ثابتــــه .

الانطواء / الانبساط ونظام التنشيط الشبكى :

يرجع الاختلاف من فرد لآخر الى الاختلاف الاساسى فى الأجهزه العصبيه أى ترجع الــى نظام التنشيط الشبكى . وهى طريقه معروفه فى المخ للضبط والتحكم فى الاثاره العائــده أو المنتشره للاثاره القشريه فى الكائن تجعله بل وتحافظ عليه فى حاله اتزان - والمنطــوى أكثر نشاطا فى نظام التنشيط الشبكى بسبب نقص المستوى للاثاره الخارجيه وأعلى من حيــث مستوى الاثاره القشريه ولذلك يتطلب مستوى أقل من الاثاره للوصول الى الدرجه القصــوى (المثلى) ويتضح من ذلك أن الانطوائى يتجنب تعريض نفسه لمزيد من الاثارات ويميــل للهروب الى نفسه ليجد الامان والهدوء . والانبساط على العكس يثيره النشاط الزائد وسوف يبحث عن اثاره خارجيه ويستمع بوفره الضوضاء والتفاعل الاجتماعى والاثاره . ونستطيــع ان نقر أيضا من تلك النظريه ان الانطوائى يمكن تشريطه بسهوله وانطفاء ذلك التشريــط أقل بطئا ولذلك دوره فى عمليه التنشئه الاجتماعيه ، فى الطفوله لكل منهما وهذا يعــنى ان الانطوائى ينمو وهو أكثر حذرا ولا يقع فى الاخطاء والمخالفات أو المحرمات الاجتماعيه ، بينما الانبساطى قل سهوله فى التشريط وينمو مندفعاً ومخاطرا ونشطا وعموما أكثر سيطره .

والعامل الثانى العصابيه أو " الثبات الانفعالى كمـا يسمى يرتبط بنظريه الجهاز الطرفــى ودور المخ معروف ليحكم الحياه الانفعاليه المفرد عن طريق الجهاز العصبى الاونونونــى ، والفرد ذو الجهاز الطرفى غير الثابت له قابليه عاليه للايحاء تحت الظروف المجهده وأكثر قابليه للابماء .

عامل الوراثة والبيئة لتحديد الابعاد الاساسيه عند "أيزنـك"

بدأ "أيزنك" دراسته حول أثر كل من البيئه والوراثه في بعد الانبساط / الانطـواء والعصابيه بتحديد اثنين من المفاهيم التى تعد أسيه جداً فى بحوث الوراثه الحديثه وهما : النمط الوراثي "والنمط الظاهري" ويعرف النمط الوراثي بأنه الجبله الوراثيه بينما النمط الظاهري هو نتاج النمط الوراثي والبيئه التي بدأ فيها الفرد .

ويفترض "ايزنك" ان الشخصيه تتكون من عده طبقات أو مستويات أو منظمه بطريقه وعنـد معظم المستويات الاساسيه لوظائف الجهاز العصبي المركزي مع اعتبار ان التوازن بين الاشـاره والكف بمثابه مصدر الاختلاف الدائم للفروق الفرديـه .

أي ان المستوى الاول يمثل الكفر الاستثاره وهو يتحدد بالتأثيرات الوراثيه كليـه . والمستوى الثاني ويتضح به ظواهر التشرط والتبفظ . . . الخ . وهي ظواهر اتجريبيه يمكن ملاحظتها ولا تعتمد على الوراثه كلـه وتعكس التأثيرات البيئيه وتؤثر فيها بدرجه أقل من السمات .

وفي المستوى الثالث توجد العادات السلوكيه أو السمات مثل الاجتماعيه والاندفـاع والانطلاق والسيطره والنشاط وغيرها . وهي التي نستخدم أساساً لتحديد الانبساط والانطواء . وفي هذا المستوى نتعامل مع الشخصيه من الناحيه السلوكيه وهي تتشكل عن طريق امتزاج أو اتحاد العوامل الحيويه للشخصيه (توازن الاستثاره والكف) والتأثيرات البيئيه فالسلوك الملاحظ ذا داله أو وظيفه للتفاعل بين النمط الوراثي وتأثيرات البيئه حيث يـؤدي هذا التفاعل الى فروق سلوكيه وصفه ظاهره في الانبساط / الانطواء يمكن قياسه بواسطـه المقاييس السيكولوجيه المختلفـه وبالاستخبارات .

ثانيا : النظريه السلوكيه : (نظريه المثير والاستجابـه) :

وتقول النظريه السلوكيه ان الفرد في نموه يكتسب أساليب سلوكيه جديده عن طريق عمليه التعليم ويحتفظ بها .

وقد بنيت النظريه السلوكيه على اساس من البحوث التجريبيه المعمليه بهدف تفسير السلوك الانسانى . ومن أوائل اقطاب هذه النظريه جيمس . وقد ساهم بافلوف اسهاما هاما حين أوضح عمليه الاقتران الشرطى وما يتصل بها من عمليات التعزيز والتعميم وقضى واطسون على الذاتيه فى تفسير الظاهرات النفسيه . ووضع ثورنديك قانون الاثر والنتيجه . وجاء بعد ذلك هل .

والشخصيه حسب النظريه السلوكيه هى التنظيمات أو الاساليب السلوكيه المتعلمه الثابته نسبيا التى تميز الفرد عن غيره من الناس .

ويحتل مفهوم" العاده " مركزا أساسيا فى النظريه السلوكيه باعتبار ان العاده مفهوم يعبر عن رابطه بين المثير والاستجابه واهتمت هذه النظريه بتحديد الظروف التى تؤدى الى تكوين العادات والى انحلالها واحلال آخرى محلها . والعاده عند اصحاب هذه النظريه هى تكوين مؤقت وليست تكوينا دائماً نسبيا . كما أن العادات متعلمه ومكتسبه وليست موروثه . وعلى هذا فان بناء الشخصيه يمكن ان يتعدل ويتغير .

وأبرزت النظريه أهميه الدافع أو الباعث ، وهو مثير قوى بدرجه كافيه لدفع الفرد وتحريكه الى السلوك . ومن الدوافع ما هو اولى موروث يتصل بالعمليات الفسيولوجيه مثل الجوع والعطش والجنس والالم ، ومنها ما هو ثانوى مكتسب متعلم مثل الحاجه الى الامن والانتماء الى جماعه .... الخ .

وتحدث دولارد ومبللر عن عده مفاهيم فى عمليه التعلم وهى : المثير والدافع والدليل والتعزيز والاستجابه . وتناولا كذلك مفهوم الصراع والعمليات اللاشعوريه . وبذلك يكونان قد زواجا بين نظريه هل فى التعلم وبين نظريه التحليل النفسى .

" الشخصيــه والمــرض"

مقدمــــه :-

فى مواجهــه وجود التقدم فى المستوى العصبى الفسيولوجى ظهرت الدراسات العلميه السيكولوجيــه والشخصيــه كنظــره سطحيــه تنتاج عدد كبير من النتائج الموجبه وبتحليــــل الداسات سواء الموجبه أو السالبه منها فنجد ان الصوره مختلفه . ثم الـــبرهبه وايجـــاد الادله على ان بعض الدراسات المبكره فى هذا الميدان عانت من الانتشار والتحمـــس الزائد للتعمــيم .

وبمجرد المحاوله لتطبيق النتائج على العينات الممثله ظهــر المنحى الاعتدالى الذى ساعد على تحديد التفاصيل المبسطه المبكره وتم ايضاً تحديد عمليه المجانســه من العينـــات فى المتغـيرات التاليه العمــر ـ الجنــس ـ الذكاء ـ التعليم ـ فـتره المرض ـ المستـــوى الاجتماعى والاقتصادى والمتغـيرات الحضاريه التى انبثقت بنسبه عاليه فى التعقيدات الرمزيــه العمليه الخاصه بالمــرض . وفى الخصائص الاتجاهيــه المتطـوره كوظيفـــــــــه لهـذه المتغـيرات . وفى النهايــه اتضحـت الاختلافات المنهجيه لتحديـد نمـــــــط الاستنتاجات التى من الممكن استنتاجهــا بأمانــه من المعطيات مثل المقابله الشخصيـــه المتعمقــــــــه وقوائم الشخصيــه التى تعـتبر سطحيــه فى تناولهــا ولذلك سوف تعطـــى صوره مختلفه ومنعكسه للشخصيــــه وخصوصاً فى العمليه الخاصــه بالمرض .

(ا) شخصيه المرض بالقرحـــة :-

بينما تمثل الصوره الاصليه للشخصيه لمريض القرحـه بأنها سلبيه واتكاليه الا ان هناك نمط آخر لهذه الشخصيـه بوصفها عدوانيه . نشيطـه . وكلا النمطين معكن الاقتنـاع بـه في نفس الوقت وانهما صادقين بالرجوع الى ديناميات الشخصيه غير المباشـره (اللاشعوريـه) ومع الصراعات الاساسيه التي يعيشها الافراد المتمركزه حول الحاجه الى العنايه والحب فنمـط من المرضى حصل على الحاجات الاتكاليـه . بينما النمـط الآخر لجأ الى التعويضـي الزائـد . وبذلك يمكن اعتبار ان نمط الشخصيه القرحيـه هي السلبيه الاتكاليـه .

ولقد وجد كل من (رولـين - بومـان Rulim & Boueman) باستخدام رسام المخ الكهربائي (E E J) ان المرضى بالقرحه تميزوا بنموذجين من الفئـا والمجموعه التي تميزت بتكرار اقل للألفا تمثل اكثر من تمخرج العدوانيـه ومستقله بينمـا المجموعه التي تميزت بتكرار أكثر للألفا اعطاء صوره بأنها سلبيه وشخصيه اتكاليه وغـير مستقلـه .

كما حدد (كاربوس وآخـرون Karusetal) نمطين من المرض بقرحه القولون

(١) مجموعـه نشيطه ومنضبطـه واكثر استقلاليـه .

(٢) مجموعه سلبيه غير نشيطه ويروا انفسهم دائما كضحايا للآخرين .

وتعتبر قرحه المعده ضمن مجموعه الامراض غير معروفه السبب والمسبب المرضي مشتملا علـى

التقرح المزمن للغشاء المخاطى الهضمى المبطن للمرئ أو المعده أو الامعاء . والمجموعتين الرئيسيتان للقرحة المعديه هى القرح الهضمه متمثله على قرحه المرئ والاثنى عشر ومجموعه أخرى للقرح الحاده للجهاز الهضمى العلوى ومن الممكن تميزها عن قرحه المعده المتقدمه والحاده أو القرح المؤلمه .

وباستخدام المنظار الداخلى للقرح الحاده اتضح أن كثير منهم معوى وهضمى مشتملا على الالتهابات الهضمه والمعويه . .

وعلى الرغم من التناقض والتضاد فى نتائج الدراسات الا ان هناك دليل على اعتبار القرح المعديه والمعويه تمثل مختلف الامراض . وتحدث قرح الامعاء فى مرحله اكثر تبكيرا من القرح الهضمه فى العقد الرابع والخامس وتزداد نسبه الحدوث فى الطبقات الدنيا وفى النساء ولها خطوط مستقله ومختلفه للانتقال الجينى ويوجد فروق بين حدوث القرح فى اجزاء مختلفه من الجهاز الهضمى على سبيل المثال الجزء الامامى أو البدائى للمعده أكثر ما هو شائع مع قرح بدايه انتفاخ الاثنى عشر عنه مع قرح قاع المعده . مثل هذا التباين يساعد على التوصل الى نتائج وتوصيات فى ابحاث القرح ويساهم فى حل كثير من المشاكل . وأجريت كثير من الدراسات على انتشار وتوزيع مرض قرحه المعده فى الولايات المتحده الامريكيه والمملكه المتحده (١٩٥٠ - ١٩٦٠) وتعتبر احصائيات توعيه الا انها أوضحت ان المعدلات مختلفه بالنسبه للجنس فنسبة الحدوث بين السيدات مرتفعه عنه لدى الرجال

وحديثا وجد انها تزيد بين الرجال وبعض الابحاث الأكثر حداثه أوضحت بدايـــه زيادة النسبه قليلا بين السيدات وآراء آخرون حول تعادلهـا .

٣- شخصيه مرض الربـو والحساسيــه :

يوجد تناقض في الدراسات الخاصه بشخصيه مرضى الربو والحساسيه وربما يرجع ذلـــك لاعتبار حالات الحساسيه ضمن زملـه الامراض النفسجديــه ووجدت (بلـــوك Block ، ١٩٦٤) فروق داله كلينيكيا بين مجموعه الاطفال المصابين بالربـــو ومجموعه الاطفال المصابين بالحساسيه .

فالاطفال الحاصلين على درجات منخفضه على اختبارات الحساسيه يظهروا دلالـــه أكثر للعوامل السيكولوجيه المنشأ في ادراك الربو عند الاطفال الذين يحصلوا علـــى درجات عاليــه . وان كل من (فريمان - وجاكوبــس ١٩٦٦ ، ١٩٦٧) هـذه النتائـج مع الراشدين فوجدوا ان الافراد أو الذين سجلوا استجابه للحساسيه بدرجـــه أكثر سويــه والافراد الاقل استجابه للحسايه يبدو

- ووجـد (كنـاب Kmapp ١٩٧١) ان المصابين بالربـو لديهم زملـــه اعـراض القلق والاكتئاب ومشاعر الذنب والخزى . والاندفاعات العدوانيه كلها ثم كفها .

٤ - شخصيه مرضى سرطان الثــدى :

أجريت كثير من الدراسات حول خصائص الشخصيه لدى السيدات المصابات بسرطان

الثدى . ولكن اغلبيه تلك الدراسات تركز على الشخصيه بعد اكتشاف الاصابه ومن هذه الدراسات دراسة توماس ، فرانسيس ، ١٩٧٨) على (١٨٢ سيده منها ٣٢ مصابه) بالسرطان ، (١٥٠) غير مصابه وباستخدام قائمه (ايزيك للشخصيه) واستخبار الحاجات النفسيه لجونسون) وتم تطبيق المقياسين بعد اجراء العمليات الجراحيه ومره أخرى قبل اجرائها . فأظهرت النتائج ان النساء المصابات بسرطان الثدى كن مكتئبات بالمقارنه بالمجموعه المصابه بأورام حميده . وظل الاكتئاب لفتره طويله كما وضح ان الاكتئاب مرتبط بأسلوب حياتهم وتقديرهم لذويهم وظهر بينهم خصائص أخرى في حياتهم وهى نقص فى الموده والعلاقات الاسريه الطبيعيه والالفه . وهذه المجموعه ايضا لا تتوقع الحب أو التفاهم من المحيطين بهن .

شخصيه مرضى القلب

تعددت الدراسات حول مرضى القلب والعنايه بهم وتأهيلهم ودراسه أسرهم ودور هذه الاسر ومدى تأثيرها على الحاله النفسيه للمريض وكذلك دراسه بعض الامراض النفسيه الناتجه عن المرض وشخصياتهم واتجاهاتهم . بل اكثر من ذلك ظهرت اتجاهات جديده لامكانيه تطبيق كل من التغذيه المرتده والتشريط الاجرائي فى التحكم فى اداء القلب وان كان الاتجاه الاخير يهتم بالمرضى الناجين ومرضى الاريثماس (عدم اتساق ضربات القلب) المصابين بارتفاع ضغط الدم الاساسى (Essential Hypertension) ومازالت نتائجها غير محدده .

دراسة (روهم وآخرون Rohmer ,el al ١٩٧٠) في جامعة ستراسبورج (بفرنسا)

الموضوع : رسم المخ الكهربائي لمرضى القلب اثناء النوم .

الهدف: توضيح اثر مرض القلب على رسم المخ اثناء النوم الليلي التلقائي .

العينة: ٣٢ حالة تعاني من خالعدم كفاءة البطين الايمن أو الايسر أو الصمامات أو من المصابين بخليط من الاعراض المرضية القلبية وعمر العينة اكثر من ٣٠ عاما .

الادوات : جهاز رسم المخ الكهربائي مع حساب دورات النوم (مراحل) .

حاولت هذه الدراسة ايجاد ارتباط بين كل من :-

(١) نوع المرض وعمر العينة .

(٢) مدة النوم - التأخير في الاستغراق في النوم - اختلاف مراحل النوم - ساعات النوم المؤرق - النوم المتميز بموجات بطيئة .

النتائج : أوضحت الدراسة ان نوم العينة المختارة من مرضى القلب تختلف عن العينة من الاصحاء في طريقة البداية في النوم ومدة التغير في مراحل النوم الليلي التلقائي وتأثير العمر محدود فهو يقلل من بطء النوم - يقصر من مراحل النوم .

وظهرت الاضطرابات اكثر وضوحاً في مرضى القلب سواء في رسم المخ أو في التواصل والانتظام في النوم ومراحله ووضحت اكثر في مرضى اختلالات الصمامات . ثم المرضى بعدم كفاءة البطين الايمن أو الايسر عن الحالات المصابة بأعراض مرضية قلبية أخرى .

وهذه الدراسه وان اهتمت بجانب هام بالنسبه لمرضى القلب وهو رسم المخ اثناء النـــوم الا انها توضح تأثيره أو ارتباطه بسلوك المرضى وحاجاتهــم .

ولقد اظهرت هذه الدراسه نتيجه هامه وهى ان اصــابه صمامات القلب لها تأثير علــى رسم المخ اثناء النوم لتلك المجموعه بالذات وتعتبر اهم المضاعفات الناتجه عن الاصابـــه بالحمى الروماتيزميــه .

دراســه ماكهالوفا Makhalilova, I.A ١٩٧٠ فى المركز الطبى للتدريب "بموسكـــو"

الهدف : محاوله لاقامه ارتباط بين اصابه قلب الام وحاله الجهاز العصبى للوليد .

العينـه : ٣٣ طفل حديثى الولاده من أمهات مصابات بالقلب (٢٦ مصابه بروماتـــيزم القلب، ٧ مصابات بمرض وراثى الأصــل) .

النتائـــج : بتتبع هـؤلاء الاطفال . فقد ظـل منهـم ٢١ طفل على قيد الحياه أو ظهـر أربعــه منهم إصابات جينيــه (Embriopathy) واثنـــاء فتره الحمل وظهرت بعـد الولاده ،. (١١) منهم ظهرت لديهم اضطرابات فى الجهاز العصبى المركزى فى الايام الاولى بعـد الولاده وتم استكمال الدراسه بتتبع حـاله ٩٨ طفـلا حديثى الولاده لمده سنـه من أمهات كلهن مصابـــات بروماتيزم القلب واستنتجت الدراســه وجود مجموعة من التغيرات الاساسيه فــى الجهـــاز العصبى المركزى فى ٦٣ طفـلا من بين الاطفال . كما حـدث للبعـض

الآخر تغيرات متمايزه فى الجهاز العصبى وقد ارجعت الاسباب الى نزيف داخل الجمجمه اثناء الولاده كما وضح على ٢٣ طفلا من بين الاطفال تأثيرات واضحه فى الجهاز العصبى المركزى بعد فتره من الولاده .

ولم توضح هذه الدراسه (وان تناولت تأثير الاصابه للأم " مرضها بمرض روماتيزم القلب " على الجهاز العصبى للجنين) نوع هذه التأثيرات ومداها . ولو انها اوضحت مدى خطوره المرض وربما يرجع النزيف داخل الجمجمه او اصابه الجهاز العصبى المركزى الى ضعف الام . وحالتها الصحيه السيئه بغض النظر عن ان الاصابه بروماتيزم القلب هى السبب أولا . . . وكان على الباحث ان يعقد مقارنه بين امثالهم من الامهات المصابات بأمراض أخرى للتأكد من النتيجه حتى يتسنى له تفسيرها .

وهذه الدراسه وان لم تتعرض للجانب النفسى وشخصيه المصابات واطفالهن الا انها أظهرت مدى خطوره المرض بالنسبه للفتيات ونظرتهن للمستقبل باعتبار ان المرض عائق للتوافق فى الزواج والانجاب .

دراسه لويس بيشوب وفيليب ريكارت Bishop, Louis F.& Reichert **١٩٧١ بمستشفى برناباس بنيويورك .**

الموضوع : العلاقه بين القلق والاريثماس (عدم اتساق نبضات القلب) .

الهدف: دراسه للاسباب الطبيعيه (العضويه) والانفعاليه للاريثماس وتأثيرها على حالات القلق .

Converted by Tiff Combine - (no stamps are applied by registered version)

العينه : عدد من الحالات المصابه بالاريشاس بالاضافه الى حالات خطره أخرى من المصابين بارتعاش البطين (Ventricular Fibrillation)
وتم دراسه هذه الحالات لمعرفه اثر الحاله الانفعاليه على اضطراب نبضات القلب بقياس القلق لديهم وكذلك الحالات المصابه بارتعاش البطين .

النتيجه : أوضحت الدراسه ان الاسباب العضويه ليست هى المسئول الوحيد عن الاصابه باضطراب فى نبض القلب بل للحاله الانفعاليه تأثير على نبض القلب . أى أن تزامن القلق لدى الشخص يؤدى الى هذا الاضطراب . كما أوضحت الدراسه ان اضطراب نبضات القلب يؤدى الى القلق . وكان على الباحث فى هذه الدراسه ان يقسم العينه تبعاً لنوع المرض الى مجموعتين لتحرى الدقه فى النتائج ولن توضح الدراسه الادوات المستخدمه والضبط التجريبى كما ان قيام الباحث بقياس القلق وحده ليس بكافياً للالمام بشتى الجوانب الانفعاليه التى تسبب اضطراب نبضات القلب .

وان كانت هذه الدراسه قد تناولت الجانب العضوى والانفعالى فى تفاعلهما الا انها ركزت على الجانب الانفعالى كسابق للاصابه العضويه .

دراسه ليون ،كيش وادوارد (Lyon , Keich,& Edward) ١٩٧٥

جامعه مدغشقر

الموضوع: الاسره كمصدر بيئى : دراسه لمقارنه المضطربين عقليا من مرض القلب والاسوياء من الاطفال والاباء .

الهدف: ١- تحديد الاختلافات فى دعائم التكوين الاسرى بين اسر المضطربين والمرضى والاصحاء أى تقدير الذات (الفرديه) للطفل لكلا الابوين وخصوصاً مرضى القلب .

٢- دراسات الحاجات الاساسيه للطفل المصاب التى تساعده على تحمل ضغوط المرض .

العينه: تتكون من ١- مجموعه من الاطفال المصابين باضطراب عقلى . (Mentally Disturbed) خفيف ويظهر على هيئه اعراض أوليه بسيطه .

٢- مجموعه من الاطفال المصابين بأمراض قلبيه خطيره وتحتاج الى الفحص والعنايه الكلينيكيه .

٣- مجموعه من الاطفال الاصحاء وتم جمعهم من المدارس .

الادوات : اختبار موضوعى (موقفى) حيث طلب من الأطفال اداء بعض المهام أو التفكير فى حل مشكله لمده ١٥ دقيقه فى وجود الآباء كل على انفراد مع تقدير مدى احتياج الطفل للمساعده ومدى تقبله لها أو نبذه لها ومثابرته وطلب من الآباء تعليم قطعه من الشعر مثلا لمده ١٥ دقيقه آخرى لاظهار طرفى العلاقه بين الآباء والأبناء .

النتائج : تم مقارنه المجموعات فى أزواج .

١- اختلفت مجموعه الاضطراب العقلي عن الاصحاء بعدم تأكيد الآباء للقيمه الذاتيه الفرديه لهؤلاء الاطفال وتأكيد الامهات للقيمه الذاتيه لهم .

٢- اختلفت مجموعه مرضى القلب عن الاصحاء بعدم تأكيد كل من الآباء والامهات للقيمه الذاتيه لهؤلاء الاطفال المرضى .

مما سبق يتضح الصراع بين تأثير الآباء والامهات مما يزيد التناقض الوجداني ولا يعطي أساسا ثابتا لتكوين مفاهيم الطفل عن ذاته وعن الآخرين كما يظهر عند الاطفال المصابين بالقلب بصوره واضحه في ميلهم الى الهرب من الضغوط النفسيه ويناقض ذلك ما يظهرونه من التمتع بامتيازات نظرا لظروفهم الصحيه . وهناك عده ملاحظات على هذه الدراسه .

أولا : ان احد اهدافها هو تحديد الحاجات الأساسية للطفل المصاب ولم يظهر ذلك في استخدام الادوات أو النتيجه التي توصل اليها الباحث .

ثانيا : ركزت الدراسه على الجانب الاجتماعي للاسره كمدعم للطفل ولم تظهر الاثر النفسي على شخصيه الطفل واعتمدت على الاختبار الموقفي وحده وهذا لا يكفي لتوضيح تقدير الذات ولا يمكن عن طريقه تقدير حاجات الطفل . كما اعتمدت الدراسه في تقدير الذات على وجهه نظر الآباء والامهات من وجهه نظر الاطفال .

ثالثا : لم تتم مجانسه العينات الثلاث ما امكن حتى يتم الامساك بالعوامل المسئوله عن التقليل من قيمه الذات لدى كل مجموعه او زيادتها

رابعاً : كيفيه مقارنه الاطفال المصابين باضطرابات عقليه مع كل من مجموعه مرضى القلب والاصحاء .

وكان على الباحث لكي يلم بدراسه الاسره كمدعم اساسي في حياه الطفل واظهار دور الاباء ان يقوم بدراسه سمات شخصيه الاطفال وآبائهم وخصوصاً المجموعه المرضيه نظرا لما تعانيه من ضغوط وتحريمات .

خامسا : هذه الدراسه وان تناولت مجموعه الاطفال المرضى بالقلب الا انها لم توضح اصابتهم بروماتيزم القلب أى المرض خلقي وكذلك لم تلم بأنماط وسمات شخصياتهم .

دراسه تايلكا وجان (Tylka , Jan) ١٩٧٦ بمعهد القلب بوارسو في بولاندا

الموضوع : تحديد الفروق في سمات الشخصيه بين مرضى هبوط القلب وفق حده المرض .

الهدف : تحديد سمات الشخصيه لمرضى هبوط القلبوربطها بدرجه شده المرض بين كل من النساء والرجال .

العينه : تتكون من ٢٩٣ رجل ، ١٩٣ سيده بهبوط القلب .

الادوات : اختبار (Adjective cheek list) لتقدير القدرات واختبار تايلور للقلق . وتم تقدير وقياس السمات الآتيه باستخبار للشخصيه .

العدوانيه - الاتجاه الدفاعي - الضبط الذاتي - الاستقلاء - الشعور بالنقص الرغبه في التغيير - التهور .

النتائــج : لم توجد فروق ذات دلاله احصائيه بين النساء في القدره على فهم انفسهـن ونهم الآخريات كذلك لم تظهـر فروق داله في حاجتهن الى الاستقلال والتغـبير والشعور بالنقص وظهرت لديهم حاجه للمساعده ووجدت فروق ذات دلاله احصائيه بين الرجال في الاتجاه الدفاعي - الضبط الذاتـــي- العدوانيــه - المثابــره .

- الافراد المصابون بهبوط شديد في القلب أكثر ضيقاً وتبرمـا وانفعالاتهــم تتصف بالعدوانيه والتهور وهـم اكثر اهتماماً بأنفسهــم .

- ويظهـر من هذه الدراسه ان الباحثه وضعت النســاء في مقابل الرجال في السمات المختلفه كنوع من المقارنـه وان كان ذلك ليس من أهداف هذه الدراسه بل الهدف هو تحديـــــد مستويات شده المرض ثم ربطها بالسمات عند كل من الجنسين ولم تضع تفسيرا واضحاً لهـذه النتيجه التي أظهرت التأثير السلبي للمرض على الرجال أكثر منه عند النســاء .

- وكان يجب على الباحثه ان تقارن مجموعه المرضـى بمجموعـه اصحاء خاليه من ايـه امراض عضويـه لتحرى الدقه فيما تتوصل اليه من نتائــج .

- وتتميز هذه الدراسـه باشتمالها على سمات انفعاليه عنيده في الشخصيـه ولكن يعوزهــــا دراسـه لبعض الحالات دراسـه كلينيكيـه لتدعيم الدراســه التجريبيــه .

دراسـه (سث ماده هاوساكسينا Seth. Madha & Saksena ١٩٧٧) في الهند

الموضوع: شخصيه المرضى (بالسرطان - مرض القلب - الدرن - وأمراض أقل خطـــوره)

الهدف: مقارنه عوامل الشخصيه لدى هـولاء المرضى باستخدام اختبار كاتل (١٦ عامـل) الترجمه الهنديـه لــه .

العينه: تتكون من (٤٠٠) من المرضى بالسرطان ومرضى القلب ومرضى الـــدرن وبعض الامراض الأقل خطوره وتم مجانستهم مع ٤٠٠ من الأصحاء فى السن والجنس والمستوى التعليمى والحاله الاجتماعيــه والاقتصاديــه .

الادوات: اختبار كاتل لعوامل الشخصيه (١٦ عامـل) بعـد تنقيـه وترجمته على البيئـه الهنديـه وتم تقسيمـه الى اربعــه عوامـل آخـرى أعلى رتبـه بعـد اجـراء التحليلات الرياضيــه والأربعـة عـوامـل الأساسيـــه هـــى :

(١) التوافـــق - القلـــق   (٢) الانطواء - الانبســاط

(٣) الاتزان الانفعـالى - عدم الاتزان الانفعـالى   (٤) الخضوع - الاستقلال .

النتائـج : ١- اظهرت مجموعه مرضى السرطان اختلافاً ذا دلالـه عن المجموعـه الضابطه فى كل من العـوامل ١ ، ٢ ، ٣ لصالح المجموعـه المرضيـه ولم يختلفوا فى العـامل ٤ .

(٢) اختلفت مجموعه مرضى القلب عن المجموعه الضابطه فى العـوامل ١ ، ٢ ، ٣ ، ٤ لصالح المجموعـه المرضيـــه .

(٣) اختلفت مجموعـه مرضـى الدرن فى العـوامل ١ ، ٢ ، ٤ لصالح المجموعه المرضيه ولم يختلفوا فى العـامل ٣ .

(٤) المجموعـه المصابه بالامراض العضويه اقل خطوره لم تختلف اختلافاً ذا دلالــــه فى العـوامل الاربعــه للشخصيـــه .

الشخصيـه التاجيـــه : Coronary Persomalily

قام (ماردكون وبارسون ، ١٩٦٨) بمراجعه الكتابات الخاصه بالشخصيه الناجيه منذ ١٩٣٥ وحتى عام ١٩٦٧ فلم يجدوا تماسك محدد للخصائص التى تميز الشخصيه الناجيه بالدافع للتنافس القوى والرغبه الملحه للمعرفه والتقدم و الانجاز والميل الى المهن والهوايات المعقده .

ولم يجد كل من (فريدمان وريشمان ، ١٩٦٢) تماسك للصراعات الاساسيه التى تخص الشخصيه الناجيه . فعلى سبيل المثال تم كتب الميول العدوانيه الشديده وتتناقض نتائج الدراسات التجريبيه مع الكلينيكيه .

ودراسه آخرى عن التنبؤ بنتائج القلق والاكتئاب بين المرضى الناجين باستخدام طريقه ماركوف للتحليل قام بها (بروس وورددا ، ١٩٧١) وتعتمد طريقه (ماركوف)على مقوله تعنى انه لا توجد عمليه تغيير فى العالم لا تعتمد على غيرها وعلى هذا فان الطريقة تمدنا بوسائل احصائيه للتنبؤ بمستقبل الظاهرة بمعرفه طريقة سلوكها الحالى بدون الحاجه الى أخذ تاريخها القديم فى الاعتبار واحتمالات التغير من حاله الى اخرى تعتبر ماده انتقاليه وحل تنظيميه أم غير منتظمه مستقره أم لا . وتقدير احتمالات التغير فى الظاهره ومداه الزمنى ومتوسط الزمن المطلوب لاحداث التغيير ويمكن الحصول عليه بدون الاعتماد على الوقت الحقيقى للتجربه .

واستخدام هذا الاسلوب للتنبؤ بالتغيرات لسرطان الثدى ودرجته أوشده النوم فى ظروف تجريبيه مختلفه ،الصفات الوراثيه . وبالنسبه لمجال البحث فى

فى النواحى السيكولوجيه فاستخدم لتتبع القلق والاكتئاب لدى مرضى القصور فى الاوعيه الدمويه القلبيه حيث تزيد درجه الاكتئاب والقلق مع زياده شده المرض . وخاصه عند ازمان تلك الحالات .

وتمت هذه الدراسه على (٧٧) رجل منهم (٣١) مرضى ناجيين ، (٤٦) اصحاء وتم مجانسه الحالات المرضيه والاصحاء من حيث الجنس والسن والسلاله والسمن والمستوى التعليمى وبقدر الامكان من حيث الطول والوزن وهذه الحالات تكون جزء من مجموعه أكبر من (١٠٩) متطوع شاركوا فى هذه الدراسه لمده (٧) سنوات . وتوفى منهم (١٧) حالة اثناء البحث ، (١٥) حاله من الاناث لم يكملوا الاجراءات . وتم جمع الحالات من العيادات وأقسام المستشفيات الجامعيه فى (أوكلاهوما) وتم الفحص المعملى والكلينيكى فى فتره من (٦ - ٨) اسابيع ولأهميه القلق فى المراحل الاولى من الاصابه الناجيه فتم تقدير القلق باستخدام اختبار (بندنج) وأمكن التمييز بين المرضى والأصحاء من خلال عشر بنود وهى :

١- لا استطيع الاستيقاظ بسهوله
٢- اشعر بعدم الارتياح والتوتر
٣- افقد صبرى بسهوله
٤- دائماً على عجل فى اداء المهام.
٥- لست فردا قوياً فى مواجهه الصعاب
٦- اصبح عصبياً اذا جلست لمده طويله.
٧- دائماً قلق على شئ ما
٨- اشعر بأننى دائماً اقابل اشياء معينه
٩- اشعر بالتوتر عند القيام بعمل ما وبعده
١٠- اشعر انى اوقع نفسى طيله الوقت للحصول على اشياء بسرعه.

وتتراوح الدرجه ما بين (صفر - ١٠) درجات .

* ورغم تقدير الاكتئاب باختبار (ويلش We lsh) وتتكون من (٢٤) بند ولكن في المراحل الاولى لاجراء الاختبار ظهر ان (١٥) بنداً منها ميزت بين اعراض الاصحاء وهي :-

١- اشعر بعدم فائدتي
٢- اشعر بالعنف بدون سبب
٣- عندي شهيه للأكل
٤- اشعر ان الآخرين يمكن ان يصبحوا افضل مني
٥- اعاني من اضطرابات النوم ليلا
٦- لا افكر في نفسي كثير.
٧- تظهر كل ايامي دائماً متشابهه
٨- تظهر الحياه مملة وفاتره بالنسبه لي
٩- افكر في حياتي واتعجب احياناً لماذا وجدت
١٠- انا لست دائما مملا
١١- اشعر كانني اسقط في المستنقعات
١٢- اشعر بأنني متعب عند الاستيقاظ في الصباح
١٣- لا افضل الاهتمام بنفسي كثيرا
١٤- اشعر بخيبةالامل نحو المستقبل
١٥- اشعر انه ليس لدي طاقةلعمل أي شيء .

والدرجه تتراوح ما بين (صفر - ١٥) .

شخصيه مرضى الصـــداع :

يعتبر الصداع مرض شائع جداً . وغالبا ما يحدث بسبب الصراع الانفعالى ويوجـــد انماط عديده من الصداع ولا تعتبر كلها أمراض وينقسم الصداع حسب نشأته الـــى الانعكاس العضلـى العصـبى . الصداع النصفـى - الحساسيه وحدوثه عن طريـــق الاجهاز الزائد أو زياده الضغط داخل الدماغ (الرأس) أو ينقسم تبعاً لنمـــط الالـم الذى يعانيه المريض ومناطق توزيعـه (نبض أو ضغقـــان) واندفـــاع فجائى أو انفجارى أو متقطـع أو مستمر أو جبهـى فى مؤخـره الرأس فى كلا الجانبـــين أو احـد الجانبـين ويوجد تصنيفات عديده للصداع ومن اشهرها التصنيفين الاتيـين :

أولا : تصنيف (دولمـــان)

١- الصداع التحولـــى Comversation headache

تعتبر بعض أنواع الصداع ذات المنشـأ الانفعالى تحوليه الأعراض وهستريه والـــتى تنتج عن العدائيه المكبوتـه أو الاندفاعات الجنسيه وتأخذ معـــنى رمزى يخـــص المريض ولا يوجـد أى تغـير فسيولوجى فى ردود الفعل التحوليه وهذه من الصعب تحديدها وقد سجلها التحليل النفسى لعديد من الحالات .

٢- الصداع النصفـى Migraine headache

حـدد الصداع النصفى تحديداً كلينيكيا جيـد بالنسبـه الى الجانب الفسيولوجـــى

والاعراض المرضيه بالرغم من ان أصل نشأته ما زال يحمل الكثير من الخفايا . وتتميز بطبيعتها الدوريه . والاضطرابات الاوليه أو علامات المرض ومنها صعوبات في الكلام وألم جانبي في الحالات العاديه. وترتبط بمخاوف ذاتيه ، وتتميز النوبات غالبا بالقيء الذي يتبعه عاده حاله (euphoricstate) أي حاله من النشاط والخفه. والميكانيزم الفسيولوجي للألم شرح على اساس انبساط وتمدد الوعاء الشرياني الدماغي والجمجمي كنتيجه لاتساع الاوعيه الدمويه وتبين هذه التوضيحات كيف يعطي هذا المرض مضاعفاته مثل هذه الاثاره المفاجئه من نوبات المرض بسبب تأثيراتهم الانقباضيه ونوبه الصداع النصفي الحقيقيه (الآلم على الرغم من انها تسبق بمرحله بدائيه للانقباض الا انها تنتج الانذارات الاولى أو العلامات للمرض .

- اعتبر " ولف Weolff) الانبساط هو تعويض زائد للانقباض . ووجد مع مساعدنيه (١٩٥٧) الدليل التجريبي على وجود العامل المركزي أو العوامل الفعاله من خلال الصداع النصفي والتي تدمر النسيج والتي تخفض بدايه عند الآلم.

- وافترض دالسيس Dalessis، ١٩٦٢) ان مرحله الصداع النصفي تنتج عن المراكز المحركه للاوعيه الدمويه المركزيه غير المستقره والتي تنشأ كجزء للنموذج غير المناسب المتعلم للاستجابه . وهذا الاضطراب في وظائف المراكز المحركه للاوعيه الدمويه ترتبط مع زياده تنشيط الوعاء الجمجمي والذي يميز نوبه الصداع النصفي تنتج النيه الوقائيه (للمثير جيد Methysergide) بتأثيره على

وظائف المراكز المحركه للأوعيه الدمويه وكيفيه الاستجابات الانقباضيه للأوعيه الدمويه الجمجميه ولأمينات الكاتيكول Catecholamines داخليه المنشأ وخارجيه أيضاً ونشاط (الانتسيروتونين) ربما هو المسئول عن قدرته على تلطيف (اضماد) وظائف المراكز المحركه للأوعيه الدمويه المركزيه والدليل السابق عن دور المراكز المنظمه والمحركه للأوعيه المركزيه والسيرتونين فى الصداع النصفى جمعها (آبوت Abbot ١٩٦٢) والتى سجلها عن (٢٧٢) مريض بصداع لتكرر بشده وتعاطى (ميسر جيد) وقائى لعده اكثر من سنتين - وكان عديم القيمه فى الصداع العضلى العصبى بينما تأثير الميسر جيد واضح فى الصداع النصفى المتقدم وليس له تأثير على الاشكال الآخرى من الصداع وواضح ان الميسر جيد يؤثر فى منع الصداع النصفى والحساسيه واى نوع آخر من انماط الصداع الدعائى والذى يقوم على اساس اضطرابات فى تنظيم الاوعيه المحركه المركزيه . وتأثيرات (السيروتنين) ووصف نمط الشخصيه الاستعدادى الذى يميز الافراد المصابين بنمط الصداع النصفى أو يظهر لديهم بعض سمات مرض (الاكروميجالود Acromegoloid) اى تعظم الأطراف ناتج عن اختلاف الغده النخاميه مصحوب بالتأخر فى النمو الانفعالى والذكاء العالى وطبقاً لرأى هؤلاء الكتاب فأن الصداع النصفى يظهر عندما يفتقد الافراد الحمايه المنزليه وخصوصاً الاستقلاليه عن الام والتى تساعدهم على تجنب مواجهه المسئوليات للمعيشه بمفردهم .

- وعالج كل من (فررم وراكمان Fromm & Rachman) ثمانيه مرضى

بالصداع النصفى باستخدام العلاج النفسى . ووجد ان اغلبهم لديه عدائيه واندفاعات حقديه (حسديه) وتكون موجهه اصلا الى الاشخاص الجذابين والاذكياء والذين يتفوقوا عليهم وتنقلب ضد الذات بسبب الشعور بالذنب .

(ولخص (وولف) خصائص شخصيات الافراد المصابين بالصداع النصفى بالاضافه الى اسهاماته الفسيولوجيه ووجد أن لديهم زياده فى التنافس ولديهم ميول الى الكماليه وصلابه ويتميزوا بعدم القدره على تحمل المسئوليه - وينتج الاتجاه الاستيائى المزمن عن نقص النجاح فى معامله الاندفاعات الحصاريه وتقدير المسئوليات والكماليه والطموح . ويتطور وينمو الاتجاه نحو التعب والاجهاد . وتساعد الاحداث الخارجيه فى زياده عدد نوبات الصداع النصفى

بالاضافه الى بعض الخصائص الأخرى مثل الخاصيه القهريه الحصاريه والصداع والقلق كما يتميز مرضى الصداع النصفى باتجاهات سطحيه .

- اهتم (ليبيان L ippman) بالاحلام المسجله للمرضى بالصداع النصفى ووصف نماذج الأحلام المختلفه التى تحدث طبقاً لما وصفوه ووجد أن نماذج الأحلام تساعد على عمل التشخيص وتتميز بالتالى :

١- الالوان الجذابه .   ٢- التكرار الدورى .

٣- المحتوى يختلف فى وقت العرض عما هو موجود طوال حياه الفرد .

٤- صوره الكوابيس التى توقظه من نومه .

وباستمرار الهلاوس بعد اليقظه من النوم والغضب أو الثوره المكبوتـه المسئوله عن نوبـــه الصداع النصفى . والم النوبه المرضيه يأتى فجأه عند الغضب ثم ينتهى فجأه أيضـــا اذا اصبح المريض داعيا بغضبـه واعطى تعبيرا عنـه بكلمات واضحـه . وقامـــــت تلك الملاحظـه ارتباط خاص ومباشر بين الغضب المكبوت والصداع النصفـى .

٣- الصداع الناتج عن ارتفاع ضغط الدم (Hypertensive headache)

واحياناً يطلق عليه الصداع الوعائى . وبدراسه حاله (٥٤) مريض بهذا النمط لمده ثلاث سنوات ومنها الصداع الجبهى والمؤخرى ويحدث باستمرار فى الصباح الباكر . ووجـد أن أكثر من (٥٠) يعانون من ضغط دم مرتفع رغم إعطاء الأدويه المضاده لضغـــط الدم المرتفع كعلاج . وأقل من (٣٠٪) تخلصوا من الصداع واستجابه ضغط الـــدم معتدلـــه .

وبدراسه لـ (١٢٩٦) مريض صداع وجدا أن (٢٠.٥٪) منهم لديهم ضغط دم مرتفع ظهر لديهم صداع نصفى و (٣٠.٥٪) فقط منهم لديه صداع نصفى وضغط دم مرتفـع. مع ظهـور كثير من أنماط كثير من أنماط الصداع الناتجـه عن الاضطراب الانفعالى .

ومن الدراسات التى تمت عن مرضى الصداع الدراسه التاليه :-

دراسه نفسيه للصداع التوترى كاضطراب سيكوفسيولوجى وعلاقتها بمركز الضبـط قام بها هـاسـون آلين (Haisson, Aloine) فى جامعـه كاليفورنيـــا الجنوبيـــه ، ١٩٧٧م.

هذه الدراسه تكشف عن العلاقه الداخليه بين ثلاثه مفاهيم :

(١) مفهوم الطب السيكوسوماتي (٢) الصداع التوتري كاضطراب سيكوفسيولوجي

(٣) مركز التحكم كمتغير سيكولوجي في تحديد الاستجابه الفرديه لبيئه الفرد .

وصممت الدراسه (أ) التخطيط التميزي الاحصائي والخصائص الديناميه التي تميز مجموعه مرضى الصداع التوتري (٢) لتحديد وتوضيح استخدام مركز الضبط والتحكم كخاصيه محدده لمرضى الصداع التوتري . (٣) لتحديد مدى انتشار مفهوم المظهر الخارجي الدفاعي باكتشاف الطبيعة المتباينة لمركز الضبط والمظهر الخارجي الدفاعي وحددوا (وتميزوا) بأنهم افراد طموحين ومتميزين باتجاه السلوك المحيط المتوقع للداخليات ولكن هي التي تقوم تماماً على الاتجاهات الخارجيه مهما حدث الفشل أو كان على وشك الحدوث .

واستخدم في الدراسه مقياس مركز الضبط الداخلي والخارجي في (MMPI) ومقياس الثقه بالنفس واستخبار صممه الباحث .

وتتكون العينه من (٨٨) مريض صداع توتري اختيروا من عياده الصداع وانقسموا الى (٥) فئات على اساس شده الم الصداع .

وصيغت الافتراضات لتحديد (١) العلاقه بين توهم المرض والهستديا والاعتماديه والمسئوليه والعدوانيه والعدائيه والصداع التوتري .

(٢) العلاقه بين التحرك والشكل والصداع التوتري

(٣) العلاقه بين مركز الضبط الخارجي والصداع التوتري .

وتم معامله النتائج الاحصائيه الوصفيه والتكنيكات الارتباطيه حسب متوسط الدرجات ـ واشتقت درجات (Z) لتحديد ما اذا كانت الفروق داله بين عينه البحث والمجموعات الضادقه . واستخدام اختبار (T) لمتوسطات العينه المستقله لتحديد ما اذا كانت الفروق الجنسيه تعكس في درجات العينه ام لا .

واستخدمت معادله (بيرسون) لحساب معامل الارتباط وحساب العلاقه بين المظاهر الخارجيه والصداع التوترى .

واستخدام طريقه تحليل الانحدار المتعدد (Maltile Regressias - - analyses) لتحديد العلاقه بين المظاهر الخارجيه الدفاعيه والصداع التوترى .

واستنتج ان مرضى الصداع التوترى حصلوا على درجات داله وعاليه على الهيبوكوندريا والهستريا والمسئوليه بمقارنتهم بالأسوياء . ومتغير الاتكاليه لم يكن حاسم بالنسبه لهذه المجموعه وتم كف الميول العدوانيه والعدائيه لديهم . ولم يوجد فروق ذات دلاله بين الجنسين من حيث الدرجات .

وعينه البحث (مرضى الصداع التوترى) (٥٢٪) للرجال ، (٧٢٪) للسيدات أحبط لديهم التحول فى مقابل الشكل أو الصوره (Canfiguration) وحدوث هذه الاصطلاحات اجرائياً فى الدراسه .

- ووجد أن العلاقه داله بين مرضى الصداع التوترى ومركز الضبط الخارجى . والصداع التوترى والمظهر الدفاعى الخارجى . فى عينه البحث . ورغم ذلك عند مقارنه

عينه البحث والعينات الصادقة على كل من المظاهر الخارجيه والمظاهر الخارجيـــــــه الدناعيه فوجدت داله على مستوى (٥ر٠٠ ٪)

وكما سبق لم يستطيع الباحث ايجاد تمييز واضح فى اصطلاحات مركز الضبط والصـــــداع التوترى بينما وجدت الميول فى اتجاه الفروض داله احصائيه وزودت الدراسه بتفصيـــل احصائى وصفى وتحليل كلينيكى لعينه الصداع التوترى مشتمله على الداله الاقتصاديـــه الاجتماعيه ووصفت بدايه العرض ومدته وتكرار نوبات الآلم ووصف كلينيكـى للمتغـــيرات السيكوديناميـــه الهامه لمجموعه مرضى الصداع التوترى . واشتمل ايضاً على تحليل (M M P I) للبروفيـل العام للمجموعه والبروفيل الاساســى للسيـــــدات والبروفيل الاســــى للرجال وأوصى بضروره الاخذ بالمراحل المتعدده لدرسنـــــه الاضطرابات السيكوفسيولوجيـه .

تصنيف (فراجسير وشيفوت)

تعتبر العوامل الانفعاليه فى الغالب هى المسئوله عن حدوث (الصداع الوعائى V asculerheadagh) ويتم اكتساب الصداع الذى يحدث فى الرشد فى مرحله الشباب ويتشابه عموماً مع ما يحدث مع افراد الاسره (روس ١٩٦٨) اكد على ان تحديد معنى الصداع فى اعضاء الاسره يعتبر مفهوم هام فى التشخيص . على الرغم من أن الحالة السيكولوجيه لمرضى الصداع تظل استاتيكيه . ونتائجها مؤقته مع أعراض آخرى وعاده ما تكون نتيجه للصداع الداخلى الذى يكون فى حاله استعداد فى فتره صداع المريض .

وبعض المرضى الذين لديهم دافع انفعالى وصداع مؤلم تتشابهم النوبات التى تقترن وتتزامن مع قلق كامن .

وفى بعض الحلات السيكولوجيه مثل اضطرابات الشخصيه والأعصبيه الكلاسكيه وحاله التحول للصداع تحدث فى بعض المواقف الخاصه وفترات ممكن تحديدها لجز من العمليه العصابيه وفى بعض الحالات السيكولوجيه مثل توهم المرض وصوره الجسد أو الاضطرابات الهلوسيه التى تأخذ شكل اعراض الصداع . ويجب ان يفهم علم النفس العرض الكامن قبل ان ننصح بالسبب لاختيار الصداع كمرض وقبل ان تستطيع تحديد لماذ اختير الصداع كهدف فى وقت خاص .

ويجد اندماج لعدد من الحالات العضويه ولعمليات النفسيه فى بعض المرضى وتكون

متحده معا لتعطى الصداع الذى يعتبر كعله أو شكـــوى .

وتلعب الحياه الاسريه للمريض وعلاقاته بالناس الآخرين دورا فى سبب حدوث الصـــداع.
والعلاقات بين الشخص وبيئته متعدده ومستمره ونتيجه لتغييرات داخليه للطاقه واستجابات
تحـــصينيـــــة (مناعيه) وغالباً يتوسطها اعضاء الحس والجهاز العصبى المركزى مشتملاً
على المجهودات التكيفيه العامه والتشريط والنماذج التفاعليه للغدد اللاقنويـه الاراديـه
وبعض الاستجابات النوعيه مثل شدائد الحياه وبعض منها وبعض منها ربما محدد ثقافيـــاً
وحضاريـــاً .

ويحدث الصداع لمرض موضعى أكثر منه كرمز إسقاطى ويصنف أغلب الأفراد الصداع كألـم
أو شكـــوى فى مكان ما على الرأس . وأحياناً يكون ثابت وأحياناً آخرى يكون متنقلا وغـــير
مؤلـم . واحيانا يكون شديد جدا ومؤلم للغايه . ولكن المهم هو المعرفه والتأكد مـــن
الاعراض الموضوعيه حتى يتمكن الطبيب من تقديم التشخيص المناسب والعلاج ويجب علـــى
الطبيب ان يفحص قائمه الصداع التى عرفهـا وقدمها معهـد الأمراض العصبيه العالمى

(١) الصداع الوعائى : من نمط الصداع النصفى والذى يشمل الصداع النصفى الكلاسيكى
والصداع النصفى السفلـــى .

(٢) الصداع الانقباضـــى العضلـــى :

(٣) الصداع المختلـط (الصداع النصفى الوعائى - والانقباض العضلـــى)

(٤) صداع العصب المحرك للانـــف (٥) صداع التحرك الهلوسى وحالات توهـم المرض.

Converted by Tiff Combine - (no stamps are applied by registered version)

(٦) الصداع اللاوعائى النصفى (٧) الصداع الانسجابى أو الاحتكاكى
(Tradion)

(٨) الصداع الناتج عن التهاب الجمجمـه .

من (٩ الى ١٣) - ناتج عن مرض العنين والانـف والفجـوه والتجويف والتى أو تركيبات الرقبه والجمجمه الآخـرى .

(٥) الالآم العصبيه الجمجميـه وسوف نقدم الاعراض الكلينيكيه مختصره للانماط ١ ، ٢ ، ٣ ، ٥ لأن المفاهيم السيكاتريـه للصداع تشتمل بصفه خاصه على هذه الانماط .

وآجريت كثير من المجهودات حول تميز مختلف الحالات لتحديد الفروق المناعيـه وانتشار المرض ووصف ما هو معروف عن ميكانيزماتهم السيكوفسيولوجيـه .

(١) الصداع الوعائى لنمط الصداع النصفى : V agcular Headahe of the migraine Clenical Features

(المظاهر) الملامح الكلينيكيه .

يقوم تشخيص الصداع النصفى على اساس التاريخ الموضوعى للمريض بعد ظهور الحالـه المرضيه خارج الجمجمـه - واصبحت الاعراض واضحه واغلبيه المرض بنسبه (٢) الى (٣) لديهم تاريخ عائلى للصداع النصفى . والتحديد العصبى أو العرض الاول للعرض القاطع عاده ما يسبق الصداع النصفى الكلاسيكى والذى يستقر من ساعه الى أربع ساعات . وألالم عاده ينتاب جانب واحد واحياناً ما يلزم الجزء الامامى من الرأس . ويرتبط الاضطراب المزاجى عاده مع المرحله الاولى للمرض . وفى المرحله المبكره للصداع يكـون الألم على هيئه نبضات . وفى الحقيقـه ان الشريان الجمجمى الذى تشمله الآلام يكون ملموساً ومرئـى .

ويظهر لرض العيون والشلل النصفى واضطرابات الكلام فى المرحله المتأخره من العرض ولا تكون ذات دلالـه كبيره لأنها متقلبـه .

ومختلف الصداع الوعائى مشتملة على الصداع الرأسى الوجهى ، وصداع نهايه الاسبوع وصداع الدوره الشهريه ، ويستغرق مثل هذا الصداع من ساعتين الى ٢٤ ساعة وليس لها اماره أو علامه مرضيه محدده تحديداً قاطعاً . وقابله للتغير فى الشده ويتغير الألم من النبضات الى الاستمرار وتجميع اكثر من صداع معاً .

واختلاف آخر للنمط الوعائى ويكون ايضاً تعبيرا من حيث الاستمرار . وبدون اماره أوعلامه أوليه للمرض . وعاده ما تكون فى جانب واحد وغالبا على نفس الجانب فى الجانب العينى أو الامامى ويكون الألم شديد ومصحوباً باحتقاق فى الانف أو العين ومصحوباً بارتخاء جفن العين ومثل هذا الصداع غالباً ما تسببه موسعات الأوعيه الدمويه مثل الكحول .

العوامل الفسيولوجيه :

عاده مانرى فى الصداع النصفى توسع شريانى مصحوبا برد فعل عضلى قبل شريانى (erierterial) وأغلب التوسعات تكون فى تفرعات الشريان السباتى وفى بعض الحالات يتم انقباض الشريان قبل اتساعه . والسبب فى هذه التغيرات لهذا الشريان غير معروف ولكن الادله الأمبريقيه تقترح وجود عامل عصبى المنشأ ويسبقه تراكم أو تكدس فى مواد الأنسجه والتى تعطى اتساع فى الأوعيه الصغيره وورم وتصبح

بعد ذلك ظاهره وعلى الرغم من أنه معروف أن المراكز المحركه للأوعيه للقشره المخيه تلعب دوراً هام في ظهور الصداع ولكن لم يعرف الممرات التي يشملها الاضطرابات .

العوامل النفسيه : - Psyeholo‌gial factors

لا يوجد نمط لشخصيه واحده لديها استعداد للاصابه بالصداع الوعائي ولكن افراد لديهم شخصيات وسواسيه تكون اكثر شبهاً بالمرشحين للمرض بسبب ضبطهم وكبتهم للغضب بالميكانيمات الضابطه . وغايه في الدقه ولديهم دوافع طموحه تنافسيه ومطالب بيئيه ملحه ربما تؤدى الى خفض القدره الاراديه للجهاز العصبي الاوتوتوبي للشدائد والمواقف والصراعات الداخليه النفسيه . ويتميز مجموعه مرضى بذكاء عالي ولديهم قدره عاليه على الاداء السريع وأثبتوا أن لديهم قدره غير عاديه في التعامل مع أزمات الحياه كل يوم ومعها عمليه التكيف لا غلب مراحل الحياه مثل المراهقه - والدوره الشهريه - الانفصال عن المنزل والاسره ، والتغيرات في الوظيفه - الزواج - فتره الامومه والأبوه . ولكنهم يجدوا ان دفاعاتهم المعتاده وضوابطهم لا تعمل كما هو مطلوب وينتابهم نوبات من الصداع الوعائي وعلامه على ذلك وجد هناك لب مركزى للاكتئاب ربما يظهر ويتضح عندما تفشل ميكانيزمات الدفاع في استمرار عمليه الكبت .

العلاج : Treatment

ينتج علاج الصداع النصفي غالباً مع الارجوتامين تارترتا(ergotamine Tartrate

ومع الكافيين ويمكن السيطره على الاعراض المصاحبه للصداع النصفي باستخدام

المضادات للتقلص (Sedatives ؛ ويؤثر العلاج غالبا عند اعطائه مبكراً في المرحله الاولى للصداع (Prodromal) ولا تستجيب مختلف انواع الصداع النصفى استجابه مفاجئه أو مثيره للكافين والأرجوتامين . ومن الصعب علاج تجميع اكثر من نمط من الصداع معاً والهدف الاساسى فى مثل هذه الحالة هو التخلص من الآلم ولو ان ذلك يؤدى الى زياده ادمان المخدرات أو المنومات القاتله للألم بسبب طبيعه العرض المتكرره .

- ويقوم العلاج النفسى على العلاقه بين المعالج والمريض الذى يعلمه كيفيه التكيف بنماذج تكيفيه مناسبه لأغلب شدائد الحياه . نظرا لتكرار حدوث الصداع الوعائى الذىيصبح كنموذج للحياه مع انسحاب الفرد الذى يعانى من المشاركه الاجتماعيه وتجنب المسئوليات الشخصيه .

- وربما يصبح الآلم لعرض واضح للاكتئاب وفى هذه الحاله يكون العلاج باستخدام العلاج النفسى الدوائى (Psychopharmacologica) مع مضادات الاكتئاب (ثلاثيه الدوره Trecyelic) ومواد مختلفه من برامين واسترقيلين مع محاوله لمعرفه أى الانواع مؤثره أكثر مع مريض معين - وتزيد فرصه النجاح فى العلاج عند مصاحبه العلاج الدوائى بالعلاج النفسى ويجد عدد من المرضى ان نوبات العرض تصبح أقل تكراراً . ويصبح الألم أيضا أقل شده . ولكن يلاحظ ان الوسائل الدوائيه ليست ناجحه جداً . واستخدام بعض الاطباء الميسر جيد ما لبث مع مراعاه التحذير بسبب المؤثرات الجانبيه للدواء غير المحدده على ألباقى البرتيون

الصداع التقلصي العضلي : Muscle Contraction Headache

المظاهر الكلينيكيه :

لا يتشابه مع الصداع الوعائي وعاده ما يكون على الجانبين (Bilateral والرقبه وفروه الرأس يلجأ الفرد للضغط عليهم باليد . ويوصف الالم عاده بالضغط وتتكرر نوباته وتكون مؤلمه وخاده وتستمر لعده ساعات أو أيام ويكون الألم فى منطقه القذويه (أسفل) ويتدإلى الأماميه والصدغيه (مؤخره الرأس) منطقه الرأسواحيانا يشتمل على الرأس بأكملها . والتاريخ العرضى للأسره السابقه غير محدد وترجع نوبات الصداع الى مواقف ضاغطه معينه والقىءنادر .

المظاهر الفسيولوجيه :

يعتبر الصداع التقلصى العضلى معبرا عن فسيولوجيا التوتر والقلق ويعرف بصفه عامه انه معبرا عن الضغوط (الانفعاليه وتسبب الضيق العضلي والتى تولد الانقباض العضلى وخلال تلك الفتره يتأثر عن طريق انقباض الأوعيه الدمويه (هوركسون ، ١٩٦٩)

العوامل النفسيه :

من الشائع جدا أن الفرد الذى يعانى من القلق المزمن يعانى أيضا من الصداع الانقباضى العضلى والاكتئاب والتساوهً وحده الطبع (النهج) وأجريت دراسات عديده لابراز النمط الشخصى الخاص بهذا العرض. ويميل الأفراد إلى إنكار وكبت

المشاعر العدوانيه والعدائيه والاندفاعات والرغبات الجنسيه غير المرغوبه ،وفى المراحل المبكره والظروف الاسريه الكابته والمحافظه بشده تساعد على ذلك وفى المراحل المبكره من العلاج يتم التعبير عن القلق جسدياً عن طريق التوتر العضلى الهيكلى ومساعده المريض على التخلص من ذلك بالتعبير اللفظى بدلاً من التعبير بالاعضاء كما هو شائع ومعروف فى حالات القلق .

٣- الصداع المختلط :

يحمل أعراض كل من الصداع التقلصى العضلى والصداع الوعائى . ويحتاج فى علاجه الى تعاون الأخصائى النفسى والعصبى .

٤- الصداع التحولى والهذائى :-

أ : الحالات الهزائيه

يعتبر الصداع كقناع مرضى ليستطيع المريض تجنب مشكله أو معرفه . أى كدفاع والكثير مع حالات الفصام والمرضى بالاضطرابات الوجدانيه .

ب: الحالات التحوليه :-

ليس من الشائع ان تظهر ردود الفعل التحوليه كمظهر للصداع . ولكثير لدى الأفراد ذوى النمط التحولى ويتم اختيار منطقه الرأس لعمليه التحول حيث تعتبر كمصدر لكثير من الصراعات . وأنها مركز الذكاء ومركز التعبير والتحكم فى كل السلوكيات .

والتعبير عن الصراعات الانفعاليه والعضليه ولا تعتبر كليه ضمن مرضى الهستريا التحوليه ولكن أيضاً مع الشخصيات العصابيه القهريه أو الاضطرابات الوجدانيه .

الآلـم والشخصيـــه :

اكـد كثير من الباحثين ان الشكوى الشديده من الألـم ترجـع مباشـره الى درجات العصابيه المرتفعـه باستخدام قائمة أيزنـك للشخصيـه (E P I) (ايزنك ، ١٩٦١) ، " ديلينـج دسوينسـون ، ١٩٦٧) ، (بونـد ، ١٩٧٨) ووجـد هناك ارتباط بين القلـق الظاهر باستخدام مقياس (تايلور للقلق) والعـصابيه ويزداد مستوى العـصابيـه في الامراض العزمنـه المؤلمـه (مثل الروماتيزم المفصلى) :.

وقد قام (استيرنبـود ، ١٩٧٤) بتحليل عناصـر زياده مستويات العـصابيه لدى العرضـى بآلام الظهـر العزمـن والحاد باستخدام اختبـار (- M.M.P.I)

وقد لاحظ زياده في درجات مقياس الهستريـا والهيبوكونـدريـا في اثنـاء نوبات الألـــم ويحصل المصابـين بأمراض مزمنـه على درجـات مرتفعـه عن ذوى الألم غيرالمزمن على مقيـاس الاكتئاب ايضـا وأوضحـت النتائـج أن كلا من الألـم الحاد والعزمـن يسبب انشغـال واهتمام في الوظائف الجسديـة . ويعبر ذوى الألـم الحـاد عن الامهـم بطريقـه مثيره ولذلـــك يعكسـوا زياده في درجاتهـم على قياس الهوس وذوى الألـم العزمن يميلوا إلى الاكتئاب . وأكـد (استيرنبـود . ١٩٧٤) فـي مناقشتـــــه للاضطراب السيكوسوماتـى ان رفع مستويات العـصابيه يجعل الشخص عرضـه للاصابـه بأمراض معينـه ويبـدو هـذا مناسبا لأمراض مزمنـه معينـه مثل (الروماتيـود) .

ونكزه العلاقه بين العـصابيـه والعرض والآلم درسهـا (بونـد ١٩٧٣) وافترض ان كل فـــرد بمتلك نموذج لشخصيـه ثابتـه ويحـدث بهـا تغـيرات في وقت الصحـه والعرض . ولكنهـــا

لاقت النقد من كل من (سانسبورى - واستيرنبود) وآخرين وقد اقترح ان مستويات العصابيه تزيد أو تقل فى أوقات المرض أو الضغط وتعتمد اعتمادا مطلقا على مستوياتهم فى الحاله الصحيه العاديه وأفتراضه هذا مبنى على أساس دراساته على المرضى بالسرطان ورغم الآلام الشديه ولكن حصلوا على درجات منخفضه على قياس العصابيه عند تسكين الآلام بالأدويه المسكنه . وبعد ذلك زادات درجاتهم فى العصابيه تجاه المتوسط لدرجات الاختبار .

- وفى دراسه آخرى قام بها كل من (بوند وبيرسون) ، ١٩٦٩) لاحظا أن النساء المصابات بسرطان (فقرات العنق) واللاتى تميزن بزيادهالألم حصلن على مستويات منخفضه للعصابيه .

وهذه الملاحظه تتفق مع ما درسه (ايزنك وكيزن) على مرضى السرطان .

ويفسران انخفاض درجه العصابيه لدى مرضى السرطان لاختزال الانفعاليه جدا لديهم وانكار القلق على المرضى . ولكن أكد كل من (بوند دكيزن وأيزنك وبيرسون) على أن مستويات العصابيه المنخفضه جدا أو الانكار تحدث لدى أفراد محدودين كجزء من رد الفعل تجاه ضغط المرض والالم .

- ووصف فيلبس ، ١٩٧٦) مرضى الصداع بأنه يوجد اتفاق على الخصائص الهامه لشخصيتهم ومن هذه الخصائص توتر واندفاع شخصيه مرضى الصداع ولا يعبروا عن غيظهم وعدائيتهم ويتميزوا بالحماريه . والحالات التى درستها (فيلبس) مرضى بالصداع النصفى والتوترى . ولم يجد كل من (مارتن وسونيسون وررس) فروقاً

اساسيه للشخصيه بين المجموعات . والعديد من الدراسات لم يستطيع التمييز بين شخصيه الفئات المختلفه من مرضى الصداع النصفي - التوترى - المختلط) ويلاحظ ان الصداع اكثر شده لدى النساء بأنواعه المختلفه . وتوتفع درجات العصابيه لديهم .

الشخصيه وعلاقتها بالمرض السيكوسوماتي :

بدأت فكره خصائص الشخصيه أو سماتها كأحد العوامل الاسايه في حدوث المرض السيوسوماتي متأثره بالنظره التحليليه التي بدأها (فرويد) عند وصفه لخبرات الطفوله الملحوظه وتأثيرها على نمو الشخصيه . بما أطلق عليه الشخصيه الفميه والشرجيه (Oral , Anal) والتناسليه (Genital)وأعطى سمات وخصائص لكل نموذج من هذه الشخصيات السابقه . وبعد ذلك ظهرت محاولات عديده تركزت على سمات الشخصيه وميكانيزمات الدفاع وردود الفعل النوعيه الديناميه التي كان يعتقد انها السبب وراء امراض نوعيه أيضاً .

وسمى هذا الاتجاه بالمدخل السيكوديناميى لدراسه الامراض السيكوسوماتيه ويعتبر الكسندر (Alexander ١٩٥١) صاحب الاتجاه الديناميى في تفسير الاضطراب السيكوسوماتي .. فقد نضع شرطين أساسيين لحدوث الاضطراب السيكوسوماتي هما :-

أ- الشرط الاول والمطلب الاساسي هو الاستعداد الوراثي الذى يوظف في نمو وتطور الشخصيه عن طريق التعلم والتشريط والاستعداد في مرحلة الطفوله

وهذا الاستعداد يوجه الاستجابات الممكنه ويشارك فى نموها وعاده يطلق على هــذا الشرط (استعداد الشخصيه) .

ب : الشرط الثانى موقف البدايه (Onset S ituation) والذى يشمل احداث الحياه والتغيرات فى عوامل الوقت ـ العطلت الدنامبه والانفعاليه التى تعطى الاستجابات وردود الفعل النوعيه . ثم الاعراض أو المرض .

(الكسندر Alexander ١٩٥٣، ص ٢٠٥

ويرى (فيشر) ان نظريه (الكسندر) ترتبط مشاعر وانفعالات معينه (ممثله للشرط الثانى) باضطرابات سيكوسوماتيه معينه . وكذلك تغييرات نوعيه فى بعض الاعضاء وذلك عند الاستثاره المستمره أو الاستثاره الزائده . وهو من اوائل الذين ربطوا بين نظريه التحليل النفسى والاستثاره العصبيه فيرى (الكسندر) ان ميل الطفل الزائد الى التواكل يؤدى الى زياده نشاط الجهازالعصبى اللاارادى فى الجزء الباراسمبثاوى منه . وبالتالى يسبب الاضطرابات السيكوسوماتيه مثل القرحه أو اضطراب القولون والربو ومن جهه آخرى فان مشاعر الذنب التى قد يعانى منها الفرد نتيجه ما يشعر به من نوازع العداءوالعدوان قد يعبر عنها عن طريق جهاز العصبى اللاارادى السمبثاوى . وهو الذى باستمرار اثارته يؤدى الى امراض سيكوسوماتيه مثل الصداع النصفى وضغط الدم الجوهرى . والتهاب المفاصل الروماتيزمى . ولهذا يعتبر (الكسندر) من اصحاب الاتجاه السيكوديناسى والعصبى (الاستثاره) أكثر من كونه مهتماً بالتركيز على نمط أو خصائص

الشخصيه . أى انه ألح على الصراع السيكود ينامــى بالنسبه للمرض السيكوسوماتــى أكثر من بروفيــل الشخصيــه. (فيشر Fisher ، ١٩٧٧، ص ١٢)

وقد قدمت (د نبار Dunbar ١٩٤٣) بروفيــلات شخصيه متعدد ه تبعاً لتعدد نوعيه المرض . واعتبرها مسئوله عن إعطاء مظاهر الصحه أو المرض وبالأخص تنظيم الشخصيه عند السيكوسوماتيين . وقد حاولت ان تحدد لكل مرض سيكوسوماتى مجموعه من السمات الشخصيه . وفى ضوء ما توصلت اليه من نتائج عن الشخصيه الامريكيه بجمــع المعلومات حول الوراثه ـ المعلومات الشخصيــه ـ الحاله الصحيه السابقه ـ الحــوادث التى تعرض لهـا ـ التوافق العام ـ انماط السلوك المميز استجابات الشخصيه ـ المناطــق التى تمثل صراع ؛ وجدت على سبيل المثال انه :

** يغلب ان المرضى بالصداع النصفى يكونوا ممن يعانون قبل الاصابه بقلق حول عمليات النظافه والنظام والترتيب . ولديهم انا اعلى صارم ومتزمت يثير قلق الشعور بالاثم.

** أما مرضى القرحه فانهم افراد يريدون رفع انفسهم للعالى ، وطموحين وينتابهم القلق وخشيه الفشل أو الاحباط .

** ويقع مرضى الربو فى صراع بين الرغبه فى الاستقلال والتواكل

(د نبار Dunbar ، ١٩٤٣، ١٣٢)

وقد وجهت الانتقادات العديده الى نظريه (د نبار) وتلك البروفيلات الشخصيه نظراً لأنها لم تقارن بمجموعه أصحاء ، ووجود التشابه بين البروفيلات الشخصيــه

لتشابه عدد كبير من العوامل فى أكثر من بروفيل واحد . ورغم تأكيدها على امكانيـــة التحقيق الاحصائى لنتائجها الا انه لا يمكن تغميم تلك البروفيلات على كـل الفئات المرضيه عموما .

ويرى (أيزنك) انه بعد التقدم العصبى والفسيولوجى فى دراسات علم النفس وبخاصه الدراسات المهتمه بالشخصيه أجرى تحليل للدراسات السابقه الموجب منها والسالب حول نموذج الشخصيه والمرض . وكذلك فى مجال القياس النفسى كثرت استخبـارات وقوائم الشخصيه ومنها اختبار الشخصيه المتعدد الأوجه (MMPI) الذى اقتبس منه العديد من الاختبارات وطورت لتناسب المجال السيكوسوماتـى مثل قائمه (كورنيل Cornel Index) للاضطرابات السيكوسوماتيه فمثلا بالنسبه لشخصيه المصاب بالقرحه (الشخصيه القرحيه The ulcer Persona-lity) يوجد لها نمطان حسب آراء العلماء . النمط الاصلى وهو انها سلبيه اعتاديه . والنمط الثانى هو انها عدوانيه نشيطه ، وكلا النمطين يمكن الا نقتنع به فى نفس الوقت وأنهما صادقين بالرجوع الى ديناميات الشخصيه اللاشعوريه ومع الصراعات الأساسيـة التى يعيشها الافراد المتمركزه حول الحاجه الى العنايه والحب فقط من المرضى حصل على الحاجات باتكاليه . بينما النمط الآخر لجأ الى التعويض الزائـد (أيزنك : Eysenck ١٩٧٣، ص ٧١٠)

وهكذا ظل أمل بعض الباحثين فى الطب السيكوسوماتى فى أن تكون العلاقـة

بين الشخصيه والامراض السيكوسوماتيه خاصه لدرجه امكانيه تعرف انواع الشخصيه التي من المحتمل اصابتها بأمراض سيكوسوماتيه معينه .

وقد قام كل من (فريدمان وروشمان Freidman & Rosenman ١٩٧٧) بوصف نموذجين سلوكيين للشخصيه هما (B ، A) ووصفاً لكل نوذج أوصافا محدد . فالنموذج السلوكي (A) يتسم بالعدوانيه والتنافس والضيق والتبرم السريع والطموح الزائد وعدم التحمل وزياده مستوى الدافعيه . وهذا النموذج لديه الاستعداد للاصابه في الشريان التاجي . وعكسه النموذج السلوكي (B) ليس لديه هذا ليس لديه هذا الاستعداد(Freidman & Rosenman ١٩٧٧ ، ١٩٤٥) .

وفي دراسه حديثه قام بها (هوارد Howard/١٩٨٨) عن العوامل الصحيه الآخرى التي ترتبط بالنموذج (A) السلوكي . فوجد في هذا النموذج في العينه المختاره تبعاً للخصائص المميزه له ارتفاع في ضغط الدم - زياده ماده الكلسترول في الدم . ولا يوجد زياده في حمض اليوريك - زياده نسبه ميل الشخصيه للتدخين الاضطراب الانفعالي العام مع التردد في اتخاذ القرارات - ومستوى عالي من الجلسرين الثلاثي ووجد ايضا ازدياد وجود هذا النمط السلوكي مع تقديم العمر ، وله ارتباط بنوع التربيه ونوع العمل أو المهنه ومعدلات النمو العامه للفرد . ونوع الشده أو الاجهاد (Stress) التي يتعرض لها .

(هوارد Howard ١٩٨٨ ص ٢٥٠)

وهناك دراسة قام بها (كينجلسبرج Kenigslierg ، ١٩٧٩) لتحديد النموذج أو النمط السلوكي المميز لمرضى الشريان التاجي لمجموعة من نزلاء مستشفى المرضى بالشريان التاجي . باستخدام اختبار (جينكنس) للنشاط :

(Jenkins Activity Survey) (JAS) وصمم هذا المقياس لقياس النموذج السلوكي (A) فأظهرت الحالات ارتفاعا في الدرجات على هذا المقياس عنه لدى الاسوياء (كينجلسلبرج Kenigslierg ، ١٩٧٩ ، ص ٢٢٧)

ويعتبر (أيزنك) صاحب النظريه السلوكيه العصبيه . فقد ربط بين عمل الجهاز العصبي والسمات الظاهر للشخصيه ولخصها بعد إجراء التحليل العاملي لها إلى الأبعاد (Dimentions) وبهذا تركزت الأبحاث حول الأبعاد بدلا من السمات وخصوصاً بعدى العصابيه للأسباب الثلاثه الآتيه :

أولا : لانهما البعدان اللذان ظلا ثابتين بعد مزيد من الدراسات السيكولوجيه المكثفه .

ثانيا : لوجود الافتراضات المعتمده على السمات الوصفيه للسلوك والتي تحدد الأسباب المؤديه الى اختلاف في الشخصيه ، وتربطها كذلك بالعمليات الفسيولوجيه التي تحدد أيضا الأمراض السيكوسوماتيه .

ثالثا : إن أبعاد الشخصيه التي أوضحتها هذه الدراسات ذات ارتباطات نظريه

بتقسيم (بافلوف) للأنماط العصبيه

(أيزنك Eysenck ١١٧٣ ص ٢٠٥ الى ٢٠٧)

- استخدام التغذيه الرجعية مع المرضى باضطرابات سيكوسوماتيه

اجريت دراسات حول التغيرات في مركز التحكم (Locusof control) الناتج عن التغذيه الرجعيه للافراد المصابين باضطرابات سيكوسوماتيه ومقارنتهم بمجموعه ضابطه للحصول على افضل طريقه لفهم عملنيه ضبط الاضطرابات السيكوسوماتي بالتغذيه الرجعيه الحيويه . واستخدام هذا البحث (٨) حالات وكل حاله تم أجراء البحث عليها خلال عشر جلسات أسبوعيا وكل جلسه ساعه للتدريب على التغذيه الرجعيه والجلسه الأولى والثانيه استخد مت للتهدئه والاستعداد فقط وما في الجلسات للتدريب . وتم مقارنتهم بمجموعه آخرى ليس لديها اضطراب سيكوسوماتي (٦) حالات . وافترضت الدراسه أن الحالات السيكوسوماتيه سوف تصبح أكثر اتجاها للداخل في الضبط على مقياس (روتر) وتقديراً أعلى للذات إذا نجحت في التدريب على التغذيه الرجعيه للعضلات الخاصه بالعضو المضطرب ونجحوا أيضا في خفض التوتر أو الإجهاد .

وأظهرت النتائج وجود ميل نحو الداخل في اتجاه أو مصدر الضبط لدى المجموعه غير السيكوسوماتيه ولم يظهر لدى المجموعه السيكوسوماتيه تغيير على المقياس قبل وبعد استخدام برنامج التدريب باستخدام التغذيه الرجعيه . ولا يوجد فروق



الفصل الثانى

الاضطرابات السلوكية

- مقدمـــــــة
- العدوانيه والعدائيه
- مشاعر الذنب
- الكماليه العصابيه
- اضطرابات الأكل
- فقدان الشهيه العصبى
- الشـــره للطعام
- الوجدانات السالبه والموجبه

العدوانيه والعدائيــه

مقدمـــه :-

تنتشر السلوكيات العدوانيه والعدائيه في اماكن متفرقه من العالم كما هو الحال فـــى انجولا وبانجلاديش والشيشان والبوسنه والهرسك وشمال العراق . وكذلك العمليــات الارهابيه غير المنظمه والتي لا تعتبرحروبا اهليــه أو تنازعات بـين دوله واخرى بل داخل الدوله الواحده نظـرا للاختلافات فى الاراء السياسيـه أو القضايا الاجتماعيه التى تخـص مجموعه محدده أو فكر معـين فى مقابـل فكر أو راى آخـر . كما تنتشـر السرقـه وخطـف الاطفال . والامثله كثيره على الوحشيـه الانسانيـه التى تجوب هنا وهناك . وتطالعنـــا الصحف والمجلات يومياً عن نشوب العديد من الحروب الجديده وحوادث متعدده تتســع باتساع العالم كلــه . ورغم ان التاريخ يحمل لنا انبـاء حـروب وقتال مدمر مثل الحـرب العالميه الاولى والثانيه والقرن العشريــن عمومـاً . والعقود الاخيره منه بالــــذات تميزت بتعدد واتساع اشكال العنف والارهاب . وفى الماضى اعـزى السلوك العدوانـــى الى الى قـوى خفيـه دافعـــه لهذا المسلك أو ذلك من المسالك العنيفه . ووضح دور التشريط البيئى والاجتماعى والتقدم التكنولوجـى فى وسائل الحرب والدمار . وبرز دور السيـاق الذى تحـدث بــــه الانفعـــال العدوانيــــه والدوافـع العقائديـه الخارجيـــه اكثر منه بداخـل الفـرد الانسانـى نفســـه .

تحديـد المصطلحـــات

أولا : الموسوعات والقواميس :

١- معجم العلوم السلوكيه Dictionary of Behavioral Science

هجوم أو فعل عداواني يمكن ان يتخذ أيه صوره من الهجوم الفيزيائي في طرف الى اللفظ المهذب في الطرف الآخر . وهذا النمط من السلوك يمكن ان يتخذ ضد أي شئ أو أي شخص بما في ذلك ذات الشخص . (ولمان Walman ، ١٩٧٣)

٢- الموسوعه المختصره في علم النفس والطب العقلي :

عدوان /تهجم Aggression

ويقصد بالعداون أو الاعتداء المادي أو ما يعاد له من تعد معنوى والعداوان عند مدرسه التحليل النفسي هو المظهر الشعوري لغريزه التدمير (الثاناتوس) موجهه للخارج . أما عند (آدلر) فهي ضرب من السلوك الاجتماعي غير السوى يهدف الى تحقيق رغبه صاحبه في السيطره . ومن هذا المعنى نشأ الفرض القائل بالفشل أو الاحباط والعدوان

(frustration Aggression Hypothesis

حيث يعتبر العدوان دائما سلوكاً يهدف الى التعويض عن الخيبه أو الفشل الدفين .

العدوانيه : Aggressiveness

وتعنى الكلمه الإتجاه الى اتخاذ الاسلوب العدواني بازاء الأمورآ والميل الى اقتحام

ولكن العدوان يشير الى سلوك غير سوى يتميز بالعنف والتعدى المادى أو المعنوى . بينما تعنى العدوانيه اتجاهاً . قد يظل فى حدود السواء أو يؤدى الى عدوان أو الى الاقدام واقتحام الصعاب بدلا من التحايل على تذليلها ومحاوله فرض المرء آراءه على مجتمعه رغم الاعتراض عليها

ثانيا : آراء بعض علماء النفس :

١- فرويد (Freud)

العدوانيه واحده من الغرائز الأوليه . فالعدوانيه الطبيعيه عند الفرد ضد ذاته يمكن ان تتجه ضد العالم الخارجى . فالثاناتوس - (Thanatos) هى بشكل أولى غريزه الموت وكل ما ينطوى على قدر معين من تدمير الذات داخل انفسنا ويبدو ان الناس عليهم ان يقوموا بتحطيم الاشياء والآخرين حتى لا يحطموا انفسهم . كما يحمى الفرد نفسه من النزعه الى تدمير الذات فيتحتم عليه ان يعثر على قنوات خارجيه للعدوانيه . (روبرت Robert ، ١٩٨٠ ، ص ٨)

٢- موارى (Murray)

العدوانيه هى حاجه الفرد الى ان يتغلب بقوه على المعارضه أو الى ان يقاتل أو يعاقب آخر الى ان يؤذى أو يقتل آخر . أو الى ان يثأر لأذى لحقه . (موراى Murray ١٩٣٨ ، ص ٢٢٩)

٣- تعريف مختصر للعدوانيه :-

الحياه والموت . سيان كانت طاقاتها موضاعاتيه أو نرجسيه ساديه أو مازرشية تكون العدوانيه هي هذه الطاقه التي تخدم في الحالات السويه غرائز الموت بشكل غير مباشر . بمعنى انها تكون في خدمه غرائز الحياه ايجابيه أو توكيدا للذات (تدميرا مشروعا للمعوقات من الآخرين والاشياء أو عدوانيه شبقيه وانجاباً أو بناء يبلغ حد الابتكار على المستوى الفردى ويتخذ صوره القياده في المواقف الاجتماعيه لتتأدى بها تدرجياً الى التدمير والعدم . وبينما تخدم في الحالات غير السويه غرائز الموت بشكل اكثر مباشرة تدميراً عاجلا ومباشرا للذات أو عبر التدمير غير المشروع للآخرين والاشياء . وينبغي فهم ذلك ضمن اطار النهج الجاليلي في تناول الوقائع . هذا الذى يقوم على مفاهيم السلسليه والمتصل الواحد . والذى يعتبر السلوك محصله للصراع بين المتجه الصادر عن نظريه الفرد والمتجهات البيئيه القائمه في الحقل . والعداونيه هي اشبه ما تكون بالنيران التي تدمر بحريقها وتضئ بنورها وتتيح بحرارتها للحياه أن تتكاثر وتتواصل بحيث يصدر عنها التدمير كما يصدر الابداع والتكاثر مما يعنى انها تتيح للحياه ان تزدهر كيفا (في الابداع) وكما (في الانجاب) ولكن لتعود بها من جديد الى العدم .

(صلاح مخيمر ، ١٩٨١ ص٧٥)

أولا : النظريات المفسره للعداونيـه :-

اختلفت وجهات النظر فى شرح وتفسير السلوك العدوانى وتعريفه . فأخذت اتجاهات عديده . الا انها تلخصت فى اتجاهات رئيسيـه ثلاث متميزه ، وتعـزى العدوانيه اساسا الى :

(١) قوه فطريـه استعداديه ودافعيـه (غريزيـه)

(٢) دوافـع ومثيرات خارجيـه .

(٣) التشريط البيئى والاجتماعى مقرونا بنماذج التعليم الاجتماعى السابق وسوف نتناول كل منها بالتفصيـل :

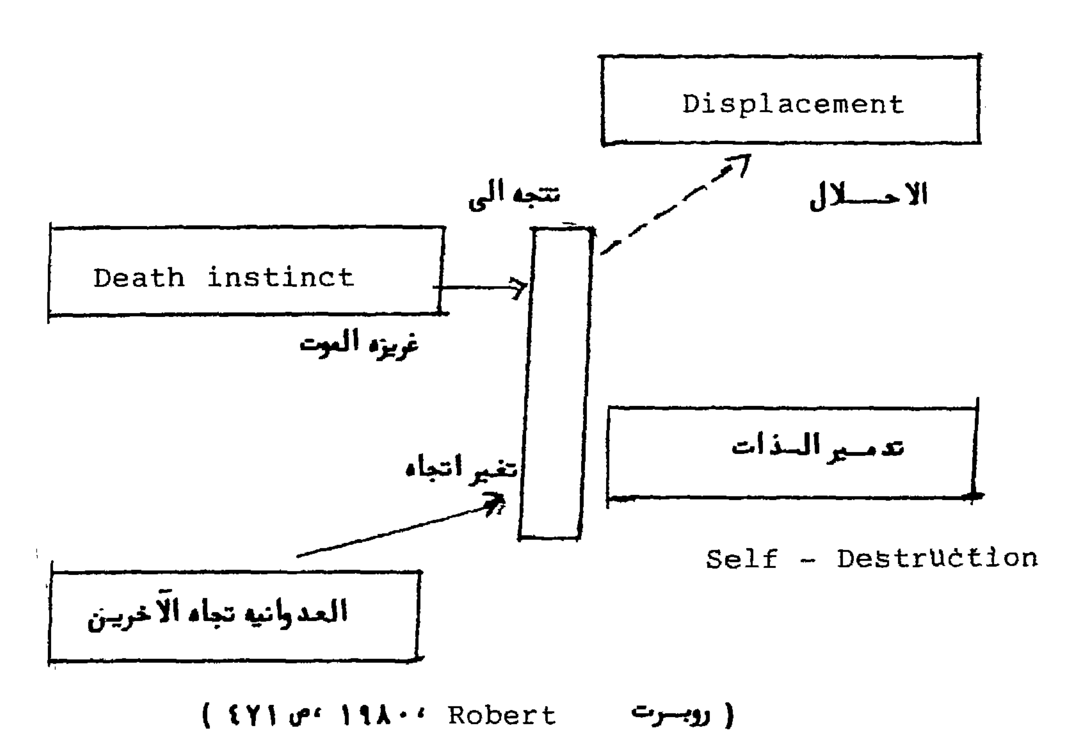
أ : النظريه الغريزيـه للعدوانيـه The Instinctive Theory of Aggressiveness

تعتمد هذه النظريه على ان الكائنات البشريه منظمـه (Programed) فطريا أو استعداديا لمثل هذا السلوك . ودعم كثير من العلماء هذه النظره العامه أمثال (مكدوجل) بما يعرف عنده (بغريزه المقاتله) . وعالم الحيوان (سكوت Scott) . الا انها من أشهـر المفسرين لهذا المدخل هما (سيجموند فرويـد . Freud, S كونراد لـورنـزى (Lorenz, K.

* وجهة النظر الفرويدية

فى كتابات (فرويد) المبكرة اقتراح ان كل السلوك الانسانى ينشأ سواء أكان مباشرا أو غير مباشرا من (غريزة الحياة) (Eros) . وهى تعنى الـه الحب

عند الاغرابق وهذه الطاقه أو الليبيدو (Libido) توجه الى التناسل والتكاثر لتدعيم الحياه واستمراريتها . وخلال تلك الوجهه نظر للعدوانيه ببساطه على انها رد فعل لتعويق الاندفاعات الليبيديه . كما لو كانت أوتوماتيكيه وكجزء محتوم لا يمكن تجنبه في الحياه . ولكن بعد احداث العنف فى الحرب العالميه الاولى بدأ (فرويد) فى وضع افتراضاته الخاصه بوجود غريزه ثانيه فى الثاناتوس (Thanatos) أى "غريزه الموت والطاقه فيها موجهه لتدمير الحياه أو انهائها . وكل السلوك البشرى ينتج من التفاعل المعقد لهذه الغريزه مع غريزه الحياه (Eros) واستمرار وثبات العلاقه والشد بينهما ولكنه وجد ميكانيزم يخدم هذه العلاقه اطلق عليه ميكانيزم الاحلال (Displacement) وفيه تتجه طاقه الثاناتوس تجاه العالم الخارجى وتكون فى توجيه العدوانيه تجاه الآخرين . وتبعاً لوجهه نظر (فرويد) فتظهر العدوانيه اساسا من اعاده اتجاهها (Redirection) أو ابعادها عن تحطيم الذات . أى عن الشخص نفسه وبعيداً تجاه الآخرين ، كما هو موضح بالشكل التالى :



(روبـرت Robert ، ١٩٨٠ ، ص ٤٢١)

ونظـرة (فرويـد) وافتراضاتـه حول أصول ونشـأه العـدوانيـه اكثـر تشاؤمـا ليس فقـــط فى طبيعـه مثـل هـذا السلوك الغـريزى ولكن ايضـاً فى عدم امكانيه تجنبـه "كونه محتوماً " وذا لم توجه طاقه (الثاناتوس) الى الخارج تجاه الآخرين فانها تتجـه فى الحال الـــى تدمير الشخص نفســه . (المرجــع السابق ، ص ٤٢٢) .

ويرى (زيلمان Zillman) أن (فريـد) وجـد اخـيرا شعاعا من الامـــل خـلال عمليات التنفيس (Carthersis) . واقتراح ان تفريغ طاقـه (الثاناتوس) ربما تنتج خـلال التعبير عن العدوانيه بالانفعالات مثل الغـضب . وعموماً فان هذه

عن التفاؤل فى امكانيه ضبط أو منع العدوانيه البشريه

(زيلمان Zillman ، ١٩٧٩ ، ص٣١)

* * وجهه نظر لورنز

يرى (لورنز) ان العدوانيه تنبثق أساسا من غريزه المقاتله التى تشترك فيها الكائنات البشريه مع كثير من الكائنات الحيه الأخرى . فالمقاتله تساعد فى توزيع التجمعات الحيوانيه على مدى منطقه واسعه لكى تضمن حد اقصى من استخدام مصادر الغذاء المتاحه . ومثل هذا السلوك ربما يساعد فى تقويه الترتيب الجينى لمختلف الانواع . أى ان الاقوى فقط هو القادر على التكاثر وافترض (لورنز) ان الطاقه العدوانيه تنبعث من غريزه المقاتله التى تنتج تلقائياً من خلال الكائن العضوى بطريقه مستمره وعلى معدل ثابت وبالاضافه الى ذلك فانها تتراكم مع مرور الزمن واثاره الانفعال (السلوكيات) العدوانيه يرتبط اساساً بوظيفه كل من :-

(١) كميه الطاقه العدوانيه المتراكمه .

(٢) وجود قوه المثير المطلق للعدوانيه فى البيئه الخارجيه ، واذا وجدت كميه الطاقه العدوانيه الأكثر مع مثير ضعيف فسوف يطلق هذا المثير السلوك العدوانى الظاهر واذ تراكمت الطاقه العدوانيه لمده طويله يؤدى هذا الى انفجار أو اثاره السلوك العدوانى بطريقه تلقائيه فى غياب المثير المفجر لهذا السلوك العدوانى

(لورنز Lorenz ، ٩٦٨ ، ص١٢٣)

(invintable) ولا يمكن تجنبها . بل هي قوى استعدايه فطريه الا ا ن (فرويد كان اقل نظره متفحصه لعمليه توالد وزياده الطاقة العدوانيه الغريزيه مثل ما اكـــده (لورنز) في نظريتـه . وقد كان (لورنز) أكثر تفاؤلا من (فرويـد) نظـرا لامكانيـــه الضبط والتحكـم في السلوك العدا وني أو خفضـه . فقد اقـترح (لورنز) ان المشاركه في كثير من الانفعال العدوانيه غير الضاره أو المؤذيـه ربما يمنع (تراكم) الطاقـــه العدوانيـه الى مستويات الخطـر وتقلل من احتمال حدوث الثورات والانفجارات العدوانيه الأكثر عنفا . وهكذا شعـر (لورنز) بأن العدوانيه من الممكن السيطـره عليها وضبطهـا أو اعاده اتجاههـا .

(روبرت Robert ١٩٨٠، ص ٤١٢)

ب : النظريـه الدافعيـه للعدوانيـه :

The Drive Theory of Aggressiveness.

رفضت تلك النظريـه التسليم بأن الانفعال العدوانيه تنبثق اساساً من الاستعـداد الفطـري ، أي الطاقه الفطريـه للعدوانيـه . ورفضـت ايضاً التوالد التلقائـــي للطاقـه العدوانيـه . وافترضـت ان السلوك العدوانـي ينبثق اساساً من مثـــير دافعـي خارجـي لايـذاء أو ضـرر الآخريـن . والمؤسـس الأول لهـذا الاتجاه (دولارد وآخرون Dollard et al) في كتابهـم الاحباط والعـدوان Frustration - and Aggression الذي يفترض ان العدوانيـه تنبثق (stem) من التعـــرض لتشريـط بيئـي خاص هـو (الاحباط) . الذي يثـير الدافعيـه القويـه للانفعـال والسلوكيات

داخليه. (روبرت Robert، ١٩٧٨، ص ٢٩٣).

ويفسر (زيلمان) هذا الافتراض بأن الاحباط ينتج عن اعاده السلوك الموجه ومنعه مما يؤدى الى اثاره الدافع العدواني والذى يؤدى تباعاً الى آداء الافعال العدوانيه الظاهره . وهكذا يتضح ان الاثاره الناتجه عن المثير الدافعى الخارجي المؤديه الى السلوك العداونى يمكن التحكم فيها والسيطره عليها . أى انه اذا أمكن ازالة كل المصار الخارجيه للدافع العدوانى من البيئه الخارجيه فسوف نستطيع التقليل أو التخلص من العدوانيه أو من حدوث العنف البشرى . وهكذا تبدو هذه النظريه أكثر تفاؤل من ضبط السلوك العدوانى عنه لدى النظريات الغريزيه الفطريه . رغم ان التشريطات المؤديه الى اثاره الدافع العدوانى مثل (الاحباط) من الصعب البرهنه على وجودها وليس من السهل ازالتها كليه .
(زيلمان Zillman، ١٩٧٩، ص ٣٣)

وجه كثيرمن العلماء المتخصصين في مجال العدوانيه النقد الى هذه النظريه ومنهم:

(١) يرى (بص Buss) ان هذه النظريه تتصور ان العدوان لا يحدث - الا استجابه للاحباط ويصاحبه نوع من الغضب . وهى بهذا تتجاهل فئه عريضه من الاستجابات العدوانيه التى لا يصاحبها شعور بالاحباط . (بص Buss ١٩٦١، ص ١٦١)

(٢) ويشير (بيركويتز Berkowitz) الى ان الانفعال الناتج عن الاحباط لا يترتب عليه بالضروره نوع من العدوان دائما . وانما استعدا للعداون . ويلاحظ

التى تعقب الاحباط . حتى ولو لم توجه هذه الاستجابات لايذاء الاخرين . ولهذ أدخل (بيركويتز) اقتراحاً بتعديل لفرض (الاحباط - العدوان) أنه ليس من الضرورى ان كل فعل عدوانى يرجع الى احباط سابق . فالسلوك العدوانى يمكن تعلمه واكتسابه . والعلاقه بين (الاحباط - عدوان) يمكن ان تكون وصله خاصه بين المثيرات التنفيريه والعدوانيه . فالاحباطات المعوقه هى احداث مؤذيه تثير المقاتله أو العدوانيه . الا ان الرابطه بين (الاحباط - عدوان) أضعف مما يتصور بعض العلماء . ولا تظهر صريحه الا فى شروط ومواقف بيئيه ملائمه .

(بيركويتز Berkowitz، ١٩٧٤، ص ١٦٦) .

(٣) ويرى (باندوره Bandure) ان هذه النظريه تتجاهل فئه من الافراد يتم تدريبهم من جانب الآباء على السلوك العدوانى . وعلاوه على ذلك يتم مكافأتهم كتعزيز لهذا السلوك . وتشكيل استجابه الاطفال للاحباط بالعدوان أو النشاط البناء انما يعتمد على نوع التدريب الذى تلقوه من قبل . وحتى مع الاستعداد للسلوك بطريقه عدوانيه فان العدوان لا يتم ما لم تتوفر له منبهات ترتبط بعوامل انفعال الغضب سواء فى الماضى أو الحاضر . وأيا كان مصدر هذه المؤثرات أو المنبهات فان قوه الاستجابات العدوانيه تعتمد على كل من قيمه الدلاله العدوانيه للمنبه وشده الاستعداد مثل حده الغضب أو قوه عادات العدوان . (باندوره Bandura ١٩٧٧، ص ٣٠) .

بعض الحالات . (جنترى Gentry ١٩٧٠، ص ٧١٥)

جـ : النظريه الاجتماعيه التعليميه :

Social Learning Theory .

تنظر هذه النظريــه الى العدوانيه اساساً كشكل نوعى من السلوك الاجتماعى المتعلم الذى يكتسب ويستمر بنفس الطريقه التى يتم بها اكتساب باقى الاشكال الكثيره الأخرى من السلوك . وطبقا لوجهه النظر هذه فان الكائنات البشريه لا تعتدى نظرا لما هو موجود وقائم بالداخل . ولكن الاندفاعات نحو هذا السلوك تستثار بواسطه تشريطات أخرى موجوده فى البيئه . ويلخص (باندوره) اسباب قيام الكائنات البشريه بالسلوك العدوانى الى ما يلى :-

(١) لأنهم اكتسبوا الاستجابات العدوانيه خلال خبراتهم الماضيه .

(٢) لأنهم تلقوا تعزيزا أو مكافآت لأدائهم لبعض الافعال العدوانيه .

(٣) لأنهم اثيروا مباشرة للعدوان بواسطه التشريطات البيئيه أو الاجتماعيه النوعيه والخاصه . (باندوره Bandura ١٩٧٧، ص ٤٩)

ويقدم (باندوره) بعض البراهين والتدعيمات لصحه افتراضاته السابقه بأن السلوك العدوانى متعلم ومكتسب مثل باقى اشكال السلوك فيما يلى :

أولا : ان الكائنات البشريه لا تولد ومعها ذخيره كبيره من الاستجابات العدوانيه التى تضعها تحت تصرفها. ولذلك فهذه الاستجابات يتم اكتسابها بطريقه مشابهه

التعليمه دورا هاما فى هذا النمط من السلوك .

ثانيا : يتساوى الأطفال والراشدين الذين يتعاطون مكأفات ماديه أو معنويه قيمه أو اجتماعيه عند توجيههم العدوانيه تجاه الآخرين . أو الاشياء من حولهم . وعلى سبيل المثال . اثناء الحرب يقدم للجنود الذين يقتلوا أكبر عدد من العدو النياشين والميداليات ، وذلك المصارعين المحترفين يكسبوا جوائز وهدايا قيمه عند صرعهم للخصم بطريقة عدوانيه جدا . وبالطبع لا يعزز السلوك تعزيزا موجبا دائما بالمكافات والهدايا ولكن بعطى السلوك العدوانى نتائج سالبه مثل دخول السجن أكثر منه نتائج ايجابيه . ويحتاج السلوك العدوانى الى تكرار التعزيز ليصبح ميل سلوكى قوى لدى الاشخاص .

ثالثا : نظرا لأن السلوك العدوانى متعلم فهذا يفتح المجال لتعديل وخفض السلوك العدوانى عن طريق التشرطات المسئوله عنه فى البيئه . ولهذا تعتبر اكثر تفاؤل من حيث التحكم والسيطره على السلوك العدوانى عكس النظره الغريزيه أو الدافعيه .

(المرجع السابق ،ص ٥٦)

ويرى (أدموندس Edmunds) انه طبقاً لهذه النظريه فان المسالك العدوانيه الجديده التى يتم تعلمها من خلال المشاهده أو التقليد تعلم الفرد ليس فقط كيف يكون عدوانيا بل ايضاً ما هى النتائج الممكنه التى يمكن ان تترتب على العدوان . أى ان المشاهدة تعلم الافراد كيف يكونوا عدوانيين ولكن الممارسه الجديدة

يلقى التعزيز بميل للتكرار طبقاً لهذه النظريه ولكن السلوك العدوانى فى كثير من المواقف يعتبر اثابه أو تدعيما فى حد ذاته نظرا لأنه يخوض الاثاره الانفعاليه لدى الفرد طبقاً للنظريه الدافعيه الخارجيه أو الداخليه (الغريزيه) . أو ان السلوك العدوانى يؤدى الى تقدير الذات . وخاصه عند تقبل المجتمع له مثل المصارعه أو الانتصار فى الحروب وبالتالى يؤدى الى جاذبيه اجتماعيه من قبل المجتمع له .

وعن طريق تعميم المثير يمكن ان يستجيب الفرد بشكل عدوانى فى مواقف أخرى غير مواقف التعلم الأصليه . ويرى (باندوره) ان العقوبه أو التعزيز السالب للعدوانيه بدخول السجن أو خلافه يمنع السلوك العدوانى ولكنه غالباً ما يعطى نموذج أو صوره لتعلم السلوك العدوانى اكثر منه مانعا له . أى أن العقوبه اذا اعتبرت محبطه طبقاً لوجهه نظر (الاحباط - عدوان) الا انها تزيد من الاستجابات التنفيذيه أو الغضب الذى يصاحب أو يزيد من احتمال الاستجابه العدوانيه
(ادموندس Edmunds ١٩٨٠ ص ٢٠)

د : النظريه التشريحيه والفسيولوجيه :

(١) العوامل التشريحيه :

يرى (عكاشه) ان كل من اللوزه فى المخ والاميجدالا والجهاز الطرفى فى السطح الأنسى للمخ مع التنبيهات الكهربائيه لأجزاء من الهيبوثلاموس لها علاقه بالعنف والعدوان (أحمد عكاشه ، ١٩٧٥، ص ١٩٨٣) .

كما يؤكد (روبرت) على ان " الأمجدالا " هى الجزء المسئول عن العدوانيه فى المخ ، وهى جزء من الجهاز الطرفى ويعتبر أقدم جزء فى المخ من حيث النشأه الجنينى والجهاز الطرفى مهم جدا للوظائف الانفعاليه الدافعيه التى تخص الحاجات البيولوجيه ويشمل الجهاز الطرفى عدد من المناطق أهمها الهيبوثلاموس والأمجدالا وقرن آمون. وبتقدم استخدام تكنيكات الاستئصال والاثاره الكهربيه وجد ان حاجز الامجدالا والهيبوثلاموس جزئين مهمين جدا بالنسبه للعدوانيه .
(روبرت Robert ١٩٧٨، ص٢٠٩)

(٢) العوامل الجينيه Genetice Factors

ويوجد الآن اهتمام خاص باكروموسومات المسئوله عن الشذوذ (Abnormality وكناتج من الآباء الأوائل يوجد زوج من الكروموسومات يطلق على الكروموسوم الجنسى هو (x للاناث) ، (Y للذكور) والصيغه الرمزيه للاناث هى (x x) وللذكور (xy) أى ان الفرد الحامل للكروموسوم (x x) يصبح انثى والحامل للكروموسوم (xy) يصبح ذكرا . ولكن تحدث بعض الاخطاء الجينيه فمثلا النمط الجينى (xx Y) نمط ذكرى يحمل بعض الخصائص الانثويه نظرا لوجود (x) فيميل الى الطول والنحافه وتأخر عقلى ونمو الصدر مبالغ فيه وعاجز عن الانجاب وأقل عدوانيه . وهناك افراد نمطهم الجينى يكون (x yy) يلاحظ ان اغلبهم من نزلاء السجون أى يعتبرون ذوى نمط ذكرى زائد أكثر عدوانيه وهؤلاء الافراد يكونوا أطول من المتوسط

وهذا ما سجلته منظمه الصحه العالميه عام (١٩٧٠) .

(روبرت Robert ١٩٧٨ ص ٣١١)

ويذكر (روبرت) عدد من المشاكل الخاصه ببحث هذه العوامل وكيفيه فصلهـــا أو الحصول عليهـــا .

* انه ليس من السهل الحصول على النموذج الكروموسومي (x yy) .

* المعدل الاساسي لحدوث النمط الجيني (x yy) في المجموع العام غير معروف . وفي بعض الأحيان يتم اختيار هؤلاء الأفراد بالرجوع الى صفتين هما الطول الزائد والسلوك المضاد للمجتمع . والمده الزمنيه المفترضه للحصول على هذا الكروموسوم الزائد (Y) هي (٥٠ سنه) على الأقل .

* انه يمكن تفسير الاختلافات في الأنماط السلوكيه الناتجه عن هذا النمط الجيـــني هرمونيا بزياده الهرمون الجنسي الذكـري . (المرجع السابق ، ص ٣٠٣)

(٣) العوامل الفسيولوجيه والهرمونيـه :

أكد (احمد عكاشه) في دراسه له على الافراد القتله الذين يتميز سلوكهم بالعنـــف ومن الموجودين بالسجون أو مستشفى الامراض العقليـه . أنهم يتميزوا برسم مخ شـــاذ . وهذا يؤيد نظره الاساس الفسيولوجي للعـــدوان .

(احمد عكاشه ، ١٩٧٥ ، ص ١٨٣)

قام (ولـيم Willian ١٩٧٥) بتجميع نتائج الدراسات التي تمت خــــلال

وتم اختيار عينه تتكون من (٣٣٣) حاله من العينه الكبيره مع استبعاد الحالات التى لم يثبت قرار اتهامهم . وتم تسجيل رسم المخ لكل حاله مع تاريخ الحاله وتم استبعاد أيضا الحالات التى تعانى من نوبات صراع أو اصابات مخيه أو من المتخلفين عقليا . وبمقارنه رسم المخ الكهربى لمجموعه العدوانيين المحترفين ومجوعه أخرى ارتكبت جرائم عنف وليسوا محترفين . فوجد شذوذ فى رسم المخ بنسبه (٦٥٪) بالنسبه للمجموعه الأولى (٢٤٪) بالنسبه للمجموعه الثانيه ، (١٢٪) بالنسبه للمجموع الكلى العام . وأيضا (١٢٪) بالنسبه لمرتكبى الجرائم العسكريه العنيفه . أى تساوى النسبه فى المجموع العام . والشذوذ فى تسجيل الـ (E E G) للمجموعه العدوانيه المحترفه اشتمل الجزء الأمامى من المخ ويمثل ثلاثه أضعاف الخلفى . بينما الفصوص الصدغيه تأثرت فى الكل . ووجدت بنسبه (٨٠٪) أو أكثر . وكل هذه الدلائل الكلينيكيه الفسيولوجيه تؤدى الى القابليه العاليه لدى الأفراد للعدوانيه المرضيه الدائمه .

(وليم William . ١٩٧٥ ، ص ١٨٥ الى ١٩٢)

ويقرر (روبنسون Robinson انه بتقديم تكنيكات الفحص الكيميائى وجد ان هناك مواد تتركز فى المخ كناتج من التمثيل الغذائى أثناء القتال أو الهزيمه . وبتحليل تلك المواد الكيميائيه يمكن تحليل التغيرات التى تحدث تحت تلك الشروط . ولوحظ ان الفئران الذكور عند عزلها أو فصلها بمفردها تصبح اكثر تهيجا وأكثر ميلا للمبادئه بالقتال والهجوم . ومثل هذه التغيرات تصاحبها تغيرات كيميائيه فى المخ . ومن أمثله تلك المواد الكيميائيه

والسيروتومسين Serotomin) ويتم تمثيلها غذائيا ببطئ . واذ استمر احباط أو نشل الفئران لعده طويله فيصاحب ذلك تغيرات فى بلازما هرمونات الفئران ويصاحبها بالتالى زياده فى الحامض الوراثى (R N A) فى مناطق معينه من المخ . ويحدث ذلك زياده فى نشاط هذا الحمض مما يؤدى الى اضطراب فى تخليف البروتين وفى النشاط العصبى عموماً . (روبنسون Robinson ١٩٧١ ، ص ٢٩٢)

وحاول (موير Moyer) أن يوجد علاقه بين نسبه هرمون التستسترون والسلوك العدوانى لدى مجموعه من المساجين عددها (٢١ سجين) ويتراوح عمرهم الزمنى من (١٩ الى ٢٢ سنه) أى متوسط العمر الزمنى (٢٦ سنه) . وحدد نسبه الذكاء فوجدها (٩٠) واستغرقت فتره الدراسه أسبوعين . وقسم المجموعه الكليه الى مجموعتين حسب درجه العنف والعدائيه والعدوانيه بتطبيق قائمه (بص ودوركى Buss- Dur-kee) ومقياس القلق ومقياس الاستحسان الاجتماعى أو الجاذبيه الاجتماعيه Social desireability) وبتحليل بلازما التستسترون وتاريخ الحاله لكل سجين وخصوصاً السلوك الاجرامى الذى مارسه من الطفوله حتى (١٩ سنه) . فوجد ان (١٠) من بين المجوعه الكليه (٢١) سجين سجلوا جرائم عنيفه وارتكبوا حوادث عده خلال تلك الفتره ووجد معامل الارتباط بين نسبه بلازما التستسترون (Testosteron) العاليه لديهم ونسبه الجرائم (٦٥ ٪) . بينما الاحدى عشر الباقين لم يسجلوا حوادث عنيفه مثل المجوعه الاولى ولم يسجلوا ايضاً مستوى عالى

السيكولوجيه المختلفه وتاريخ الحالـه . ولهذا يقترح (مويـر) ان السلوك العدوانـي العنيف يعـزى الى زياده نسبـه التستسترون خـلال فـتره الطفولـه والمراهقـه .

(مويـر Moyer ١٩٧٦، ص ٢٢٩)

وقام (سكـوت Scott) بعده محاولات فى هذا المجال على المساجـن أيضا من الذكـور . ووجد أن زياده نسبـه (التستسترون) هى المسئوله عن السلوك العدوانـي العنيـف (سكوت Scott ،١٩٧٧، ص ١٢٩).

ثانيا : محـددات السلوك العدوانـي :

Determinants of Aggressive Behavior

يقسم العلماء المهتمين بدراسه السلوك العدواني تلك المحـددات الى (أ) محددات اجتماعيـه (ب) محددات بيئيـه (جـ) محددات موقفيـه وسنتاول كل منهـا بالتفصيـل :

(أ) محددات اجتماعيـه :

لخص كل من (روبرت Robert ،باندوره Bandura) المحددات الاجتماعيـه فى ثلاثـه محددات هـي : الاحـباط (وقد سبق شرحـه) ـ الاستفـزاز البدنـي واللفظـي ـ التعرض لنماذج عدوانيـه . وسنتاول كل منها بالتفصيـل :

× الاستفـزاز البدنى واللفظـى :

Physical and verbal Provocation

يرى (روبرت ب.) أن الاستفزاز البدنى واللفظى من الآخرين يؤدى غالبا الى اثارة الافعال العدوانيـة الشـديـدة جدا . وأطـلق عـلى اسـتجابـات العـدوانيـه وتـرتـيـبـها مـن حـيـث

الشده الناتجه عن الاستفزازت بنموذج التصعيد . فتبدأ بالسخريات والاستفزازات المعتد له أو الثورات والنوبات العرضيه غير المباشره ثم الاقوى فالاقوى . وهذا النموذج التصعيدى للاثاره ليس بين الأفراد بل بين الامم والشعوب مما يؤدى الى الحروب. ويقوم عديد من العلماء المهتمين بهذا المدخل ادراسه العدوانيه بالتجريب معمليا على حدوث العدوانيه كاستجابه للاستفزاز البدنى واللفظى باستخدامات الصدمات الكهربيه (روبروت Robert ، ١٩٨٠ ، ص٤١٥)

× التعرض لنماذج عدوانيه : تأثيرات العنف التلفزيزنى :

يقرر (باندوره) بأن الافراد يتأثرون عاده بقوه الأفعال والكلمات للأشخاص المحيطين بهم . وأن الاشخاص لديهم استعداد غالباً لتغيير اتجاهاتهم ومشاعرهم أو السلوك كنتيجه للتأثير الاجتماعى من الآخرين . كما اقترح (باندوره) ان التعرض البسيط لأفعال ومعطيات الآخرين تكون غالباً كافيه لانتاج التغيرات الهامه فى مشاعر وسلوك المشاهدين . وأخذ البحث فى هذا الاتجاه سواء كان التأثير غير مقصود أو مقصود مسارين متميزين هما :

١- المسار الأول هو تحديد الى أى مدى تلعب المعايشه للنماذج العدوانيه دور فى حدوث وانتشار العنف . وأكد اصحاب هذا الاتجاه ان الوجود للأشخاص الذين يسلكوا

بطريقه عدوانيه واضحه من الممكن ان يثير ويفجر افعال مشابهه لدى الاخرين.

بتعرض الأشخاص لنماذج عدوانيه عنيفـه . فأظهر هؤلاء الاشخاص مستويات عدوان ضد الآخرين عنه لدى الأشخاص الذين لم يتعرضوا لمثل هذه النماذج العدوانيه .

(روبرت Robert ١٩٨٠ ص ١١٢)

٢- والمسار الثاني من البحوث اهتم بالتأثير الممكن للعنف للمشاهد من خلال التلفزيون وبخاصه تأثيره على سلوك الأطفال .

(باندوره Bandura ١٩٧٧ ، ص ٣٢)

(ب) محددات بيئيه للعدوانيه :

ان المتغيرات الفيزيقيه البيئيه من حول الانسان تؤثر على حالته الفسيولوجيه وبالتالي فالحاله الفسيولوجيه لأى شخص تؤثر على آرائه وافكاره وسلوكه عموماً . ولهذا يرجح عدد من العلماء بأن العدوانيه تتأثر بالبيئه الفيزيقيه من حول الافراد . ولهذا يرى (روبرت Robert) ان السلوك العدواني يتأثر بالعوامل البيئيه الفيزيقيه مثل الضوضاء ودرجه الحراره والازدحام وغيرها . (روبرت Robert ١٩٨٠ ص ١٤

(جـ) محددات موقفيه :

وتخص المحددات الموقفيه المفاهيم المختلفه للسياق العام الذى يحدث خلاله مثل هذا السلوك العدواني . وتكزت الابحاث فى هذا المدخل على عاملين هما :

تأثير العقاقير (الادويه) - زياده الاثاره الفسيولوجيه .

*** تأثير العقاقير : Drugs

اتجه (موير Moyer) الى دراسه أثر بعض العقاقير على اثاره السلوك العدواني فقام بسلسله دراسات حول أثر كل من الكحول والمرهوانه Merihuana على اثاره السلوك العدواني أو احباطه . ونتائج الدراسات افترضت ان كل من المرهوانه والكحول لها دور فى اثاره السلوك العداونى تجاه الآخرين . ولكن اتجاه وحجم هذه التأثيرات تبدو مختلفه كثيرا فيما بين هذين العقارين .

موير Moyer ١٩٧٦ ، ص ٢٢٩)

*** زياده الاثاره الفسيولوجيه :
Heightened Physiological Arousal

لقد توصل (زيلمان Zillman) بعد عديد من التجارب الى نتائج فى هذا المجال أوضحت ان زياده الاثاره الفسيولوجيه المنتوعه المنبثقه عن المشاركه فى الأنشطه التنافسيه والتدريبات الصعبه القويه والتعرض للافلام المثيره تستطيع اثاره العدوانيه تحت بعض الشروط . وتعنى كلمه (تحت بعض الشروط) التأكيد على العوامل الموقفيه التي تعطى هذه التأثيرات تحت عوامل محيطه خاصه ونوعيه . وتلخص هذه الشروط فيما يلى :-

- تؤدى زياده الاثاره المحدثه للعدوانيه الى حدوث السلوك العدوانى اذا كان هذا السلوك استجابه سائده أو قويه . واذا اكان العكس فلا تكون العدوانيه . ولا تزيد

٢- والعامل الثاني الذي يظهر ويحدد الى أي مدى زياده الاثاره الفسيولوجيه تؤدي الى زياده العدوانيه . وهي الطريقه التي يعنون (label) أو يأول بها الشخص هذه المشاعر . (زيلمان Zillman، ١٩٧٩، ص ٤٢).

ثالثا : علاقه العدوانيه بالعدائيه :

لقد اخذ مفهوم العدوانيه والعدائيه اهتمام كبير . وبخاصه دراسه طبيعه كل منهما والفروق بينهما . وقد فرق بص (Buss) بين العدوانيه والعدائيه ويعزى العدائيه الى العدوانيه المدعمه بالأذى ، وأنها تشتمل على التقديرات السالبه للأشخاص والأحداث . وقد حاول (بص) التمييز بين العدوانيه والعدائيه في النقاط التاليه :-

** أن العدائيه استجابه اتجاهيه وتتضمن استجابه لفظيه للتعبير عن المشاعر السالبه والتقديرات للأحداث والأفراد . والاستجابه العدائيه ليست وسيليه ولا أتونوميه ، وأكثر من ذلك تشتمل على التأويل والتقييم للمثير . والتقييم السالب له تأثير على الآخرين الا اذا تم التعبير عنه لفظيا . أي تأخذ القسم السالب من العدوانيه أي الجمل الخاصه بوصف الشعور . وهذا لا يعني ان العدائيه والعدوانيه شئ واحد (identical) ولكن ابعد من هذا ان العدوانيه تشتمل على مكونات عدائيه .

فان الغدائيه تستنتج من السلوك العدوانى الآخــر .

** تتكون العدائيه من الهجمات المضاده الزائده على الذات الفرديه والنبذ والحرمان .

** ويمكن النظر الى العدائيه على انها استجابه غضب مشرطه وليست لديها صفــــه الاتونوميــه - بالاضافه الى الاستجابات الكامنه الناتجه كردود فعـل غاضبه ناتجــــه عن ادراك المثير المغضب . فترتبط هذه الاستجابات الكامنه مع الاستجابات الغاضبــه فتصبح استجابات عدائيـــه .

** وحيث ان العدائيه تنمو وتتطور على اساس العبارات اللفظيه التى تحدد فئه المثير ونوعه . وهذه الاستجابات اللغويه لا توجد الا فى الانسان ولذلك فالعدائيه قاصــره على الجنس البشرى لامتلاكه الميكانيزمات والاستجابات الرمزيه (بص Buss ١٩٦١ ، ص ١٢ الى ١٦) ورغم محاوله (بص) التمييز بين العدوانيه والعدائيه الا انـــه صمم مقياسا (قائمه) لأنماط السلوك العدوانى اشتملت على ثمان فئات سلوكيـــــــه لم تفرق بين العداء والعدوان . أطلق عليها قائمه بص ود بركى Buss (B.D.I) Durkee- I -- ورغم ان المدخل النظرى لكل من (بص Buss) و (فولدز Foulds) يبدو مختلفا الا ان انماط السلوك التى يعكسها مقياس كـــل منهما للعدوانيه أو العدائيه تتشابه معا . فعامل العدائيه العامه على مقيــــاس HDH Q) بشابه العدائيه الكامنه عند (بص) . وهذا ما اثبته (كلارك Clark) فى دراسته . وقد سبقه (بندنج Bending ١٩٦١) باجـــراء

(Covert Hostility) والعدائيه الكامنه (Overt Hostility)

وصم على اساسها مقياسه للعدائيه (بندنج Bendind ١٩٦١ ص ١٩٠) .

وهذان العاملان يقابلان العقابيه الخارجيه والعقابيه الداخليه على قائمـــة (فولدس) على الترتيب . ولهذا تعتبر قائمه (HDHQ) أكثر تطورا من كـل من قائمه (B.D.I) ،قائمه (بندنج) . كما تمتاز بتوضيحها لا تجـــاه العقابيه للداخل أوالخارج .

ويرى (ادموندس) ان العدائيه الظاهره في مقياس (بندج) تشبه عامل تخرج العدائ على مقياس فولدس (AH) أو العدائيه في مقياس (بص) والعدائيه الكامنه في مقيــاس (بندج) تشبه عامل العدائيه العام عند (فولدس) أوالعدائيه الكامنه في مقيــاس (بـص) "(ادموندس Edmondus ١٩٨٠ ،ص ١٩٩٥م)

الا ان (ادموندس) يرى ان العدوانيه والعدائيه كلاهما يشتمل على الرغبه في ايذا الآخريـن . وطبقاً لتحليل (بـص)فان كلا من شكلي السلوك عدوائي لاشتمالها علـى المثير الضار أو المغضب وكلاهما أيضاً وسيلي وأوضح (ادموندس) الفرق فيما يلـي :يستخدم اصطلاح العدائيه (hostility) والعدوانيه المدعمه بالاذى للاشارة الاستعدادات المدعمه تدعيماً جوهريا (intrinsically (داخليــا) .

ويضيف (ادموندس) الى ذلك ان (بص) على الرغم من محاولته التفريق بـــين العدوانيه والعدائيه الا انه لم يضع تعريفاً اجرائيــاً محدد لكل منهمـــا .

والعدوانيـه العدائيـه (hostile aggressiveness) وهذا الاصطلاح الأخـير ورد في كتابات (باندوره ة عن العدوانيـه أيضـا .

(اد موندي Edmond ، ١٩٨١ ، ص ٢١ ، ٢٢)

وقد قام ز(زيلمان) بالتمييز بين العدوانيه والعدائيه أيضـا . ولكن من حيث حالتهمـا الدافعيـه . ويتلخص هذا الفرق في النقاط التاليـه :-

* * أي أو كل نشاط يقصد بـه الشخص الايذاء البدني أو الألم لشخص آخر . وهـذا الأخير مد فوع لتجنب هذا السلوك . فيطلق عليه سلوك عدواني .

* * اى أو كل نشاط يقصد بـه الشخص الايذاء للأخرين أكثر منه تدميرا جسميا . أو ألما جسميا لشخص مد فوع لتجنب مثل هذا السلوك فيطلق عليه السلوك العدائـي .

* * أي أو كل نشاط تواصلـي (communicative) أو تعريفـي (conveying) أو انتقالي . يقصد بـه الشخص التصرف بطريقـه عدوانيه أو عدائيه تجاه شخص آخـر معتمده أو غير معتمده على شروط معينـه . فيطلق عليها التهديد العدواني . (threat of aggression) أو التهديد العدائي (threat of hostility) على الترتيـب .

** أي أو كل نشاط يشير الى السلوك العدائي او العدواني ولكن لا يقصد الشخص القائم بـه ايذاء أو ضرر شخص آخر . فيطلق غلبه سلوك تعبيري expressive behavior الذى ربما لا يرتبط أو يرتبط بحاله الغضب أو الضيـق .

x x أي أو كل حالة من الميل أو الرغبة في الاعتداء علي ، أو عدائي تجاه ، أو تهديد شخص يطلق عليه استعداد عدواني أو عدائي أو تهديدي على التوالي (زيلمان Zillmen ١٩٧٩ ص ٣٢ ، ٣٣)

وقد حاول (زيلمان) تقديم انماط سلوكيه لتفسير العدائيه والعدوانيه بشكل اكثر دقه ولكن يمكن تلخيص الاسس الثلاثه التى اقام عليها (زيلمان) كيفيه التمييز بين العدوانيه والعدائيه .

أ : توجيه العقوبه أو الضربه الجسديه للاصابه . فى مقابل توجيه الضرر للايذاء وليس للاصابه الجسديه . ولكن فى اصطلاحات اكثر عموميه .

ب : النيه أو القصد فى توجيه الضربه أو الإيذاء فى مقابل التعبير عن الغضب أو الازعاج أو أى خبره غير ساره .

جـ : التواصل (communication) للتهديد . فى مقابل توجيه ضربه للايذاء أو التعبير عن الغضب (المرجع السابق ، ص ٣٤)

ويختلف (فولدس Foulds) عن الآخرين فى العلاقه بين العدوانيه والعدائيه فيعزيهما فى نظريته الى العقابيه (punitiveness) أى الى دافع واحد هو عقاب الذات أو العالم الخارجى . ويرى ان العقابيه هى ميكانيزم أساسى يساعد على تحديد المرض الشخصى . الذى يقع على متصل من زياده درجه الفشل فى اقامه أو الحفاظ على العلاقات الشخصيه المتبادله والاغلبيه من الافراد تستطيع التأثير على غيرها . وتكون اكثر نجاحاً فى اقامه علاقه شخصيه تقوم على التعاون والتبادل . واذا لم يحدث ذلك عانوا من الضغوط والاجهاد (stress) ويلجأوا الى لوم الذات أو لوم الآخرين .

ويطلق عليه التمركز حول الذات . وهنا يفترض (فولدس) أن العقابيه هي ميكانيزم اساسي اتجاهي مناسب لقياس درجه التمركز حول الذات . وهنا يفترض (فولدس) ان العقابيه هي ميكانيزم أساسي اتجاهي مناسب لقياس درجه التمركز حول الذات والمرض الشخصي . ويفترض أيضا ان العدائيه دافع متكامل ويتجه مباشره الى الذات أو الى العالم الخارجي ضد الاشخاص أو الاشياء . وأول من استخدم اصطلاح عقابي داخلي (intropunitiveness) وعقابي خارجي extropunitiveness هو (زوزنزويج Rosenzwig) لتحديد اتجاهات العدائيه . ويرى (فولدس) أن - العدائيه والعدوانيه دافع واحد متكامل (unitary drive) ويأخذ شكلين رئيسيين هما عقابي متجه للداخل وعقابي متجه للخارج . وعلى اساس نظريته هذه صمم مقياس يشمل مدى واسع من العدوانيه والعدائيه واتجاه العدائيه

(فولدس Foulds ١٩٦٥ ص ١٨-٢٤)

ويتضح مما سبق مدى الترابط بين العدوانيه والعدائيه الذي عبر عنه (فولدس) في نظريته عن العامل العام للعدائيه أو ما يطلق عليه العدائيه العامه التي تشتمل على كل انماط السلوك العدواني والعدائي . ولذلك كان اختيار (فولدس) انسب القوائم للدراسه السيكوسوماتيه لاظهار اتجاه العدائيه العامه . وتوضيحه لمفهوم العقابيه سواء كانت عدوانيه صريحه أو كامنه غير مباشره .

وفي دراسه عن العلاقه بين مقاييس العدوانيه والعدائيه فقد قام (كلارك Clark)

مرتفعه على المقياسين السابقين . ووجد ايضاً ارتباط ذو معامل عالى بين الدرجه الكليه على قائمه (B.D.I) والعامل العام للعدائيه على استخبار العدائيه واتجاهها (كلارك Clark ، ١٩٧٠، ص ٢٢٥)

ووجد (ليفون ميلكيان وحسين الدرينى) فى بحث عن مظاهر السلوك العدوانى لدى طلبه المرحله الاعداديه والثانويه فى قطر ان العدائيه لها دور فى ازكاء السلوك العدوانى التدميرى لدى هؤلاء الطلاب المراهقين . ووجد ايضاً ان السلوك العدوانى الظاهر يقل بتقدم السن والفرق الدراسيه ويتجه العدوان للداخل أكثر. أى ان العدائيه الموجهه للخارج لدى طلبه المرحله الاعداديه أكثر منه لدى المرحله الثانويه . (لينيون مليكيان ، وحسين الدرينى ، ١٩٨٣ ، ص ٢٤)

ويرى كل من (بك Beck ١٩٧٦) ، (كيندل Kendell ، ١٩٧٠) ان كل من العدائيه والعدوانيه هى المشاعر والاتجاهات السالبه عن الآخرين أو العالم من حولهم وعن الذات . فى الابحاث التى قام بها كل منهما . فقد قدم (بك) نظريته المعرفيه فى الاكتئاب التى فسر بها تطور حدوث الاكتئاب عن طريق العدائيه (hostility) .

رابعاً : العدوانيه والعدائيه وعلاقتهما بأبعاد الشخصيه :

حاول كثير من العلماء المهتمين بدراسه العدوانيه والعدائيه دراسه العلاقه بين

هـى الابعاد الانفعاليه عنـد "أيزيك" حسب نموذجـه .

وقد اعتبر (بـص Buss ، ١٩٦١) العدوانيه متغير من متغيرات الشخصيـه أي كمجموعـه من الاستجابات الثابتـه والواسعـه . فقد عرف العدوانيـه بأنها استجابـه لكل من الاحباط أو الهجوم . وربما تكون مساعده على اكتساب أو الحصول على هدف مـا . وهذه الاستجابـه ترتبـط أو لا ترتبـط بحاله انفعاليـه ضعيفـه . وتختلف العدوانيه تبعـا لخصائص الأفـراد . وهناك فروق فرديـه بالنسبـه لشده الاستجابه وتكرارهـا .

(بص Buss ١٩٦١ ، ص ١٨٣)

ويرى (بـص) ان هناك عدداً من العوامل المسئوله عن تطور العدوانيـه ونموهـا بالاضافـه الى النماذج الوالديه والتعلم والعوامل البيئيـه وهـى :

١- الاندفاعيـه أو التهـور implosiveness

٢- شـده الاستجابـه أو رد الفعـل . intensity of reaction

٣- مستوى النشاط والاستقلاليـه . (المرجع السابق ، ص ١٨٤)

وحاول (ادموندس) تقديم مقارنـه توضيحيـه لكل من هـذه العوامل السابقه والابعـاد حسب نموذج (أيزنـك) . وتوصـف الاندفاعيـه كعـدم القدره على التعامل أو تقبـل الفشـل ويشبـه مفهـوم الاندفاعيـه مفهوم الانبساط عند (ايزنـك) . ويشـير مستوى النشـاط الى الطاقـه المستخدمه عموميا فى الانشطـه المختلفـه . وهذا الجزء محـدد بالهرمونات

النشاط وفرط الدم (hypermania) . وتنظم الأفراد تصاعدياً على هذا المتصل حتى تنتهى بالعدوان . وهذا طبقاً لسلوكياتهم والعلاقات الاجتماعيه وخصوصاً المواقف التنافسيه والاقتحامات الاجتماعيه (social intrusivenes) . ومستوى النشاط كمتغير من متغيرات العدوانيه عند (بص) له علاقه بعاملين من عوامل الشخصيه . فدرجه النشاط الاجتماعي للفرد له علاقه بالاجتماعيه فى عامل الانبساط عند (أيزنك) . وفكره المتصل عند (بص) يشبه فكره الاثاره عند (أيزنك) . وتشبه أيضا وصف (أيزنك) للشخصيه الانبساطيه العصابيه (Eysenk، ١٩٦٧)

وطبقاً لفكره (بص) عن شده رد الفعل (أو الاستجابه) فهناك فروق بين الافراد فبعض الأفراد يعطون شده استجابه عاليه جداً بينما يعطي الفرد الآخر استجابه متعدله لنفس المثير . وهذا المفهوم يشبه مفهوم (أيزنك) عن التنشيط (activiation) ويفترض (بص) ان الافراد ذوى درجه رد الفعل العاليه يظهر عليهم غيظاً ومعاناه شديده لنفس المثير الذى يستجيب له الآخرين استجابه معتدله من الغضب . وبهذا الغضب الشديد تزداد القابليه لزياده العدوانيه .

والمتغير المزاجى عند (بص) للاستقلاليه يشتمل على عدد من السمات ومنها (١) الرضا الذاتى (٢) المقاومه لضغوط الجماعه . (٣) الثوره والتمرد . وطبقاً لفكره (بص) هذه عن الاستقلاليه فالشخص المستقل يصبح عدوانيا نتيجه للضغوط لكى يساير المجموعه . وهذا النمط من السلوك يشبه النمط الذى وصفه (أيزنك)

ويرى (أدموندس) ان هذه المتغيرات لم تحدد بوضوح لدى (بص) بل وضحها (أيزنك) في بعدين اساسيين . أطلق عليهما بعدى الانبساطيه والعصابيه . والفروق الفرديه في بعد الانبساطيه يعزيها (أيزنك) الى الفروق في درجه القابليه للتشريط . وفسيولوجيا يعزى الفروق الى الاختلافات في نظام التنشيط الشبكي .

(أدموندس Edmondus، ١٩٨٠، ص٢٦)

ويصف (أيزنك) النمط الانبساطي بالتهور وارتكاب الأخطاء وتقلب المزاج . ويميل الى العدوان . وينظر (أيزنك) الى العدوان كأحد السمات المحدده للانبساطيه . ويرى ان الاجتماعيه وتطور نمو الضمير يتم من خلال عمليه التشريط . ويرى أن تشريط الانطوائيين أسهل من تشريط الانبساطين . وأن الانطوائيين أقل عدوانيه من الانبساطين ويفترض أن نظام التشريط لدى الانبساطين به خلل ويمكن التحكم فيه للتخلص من الاستجابات العدوانيه الزائده . ويرى (أيزنك) أن الانفعاليه والعصابيه والقلق يعملوا كدوافع للحالات المنفعله كي تصبح أعلى استثاره عندما تواجه بمثير معين .

(أيزنك Eysenck، ١٩٦٧، ص ١٣٣)

وتشبه فكره (أيزنك) السابقه فكره (بيركوتيز Berkowitz) عن الشخصيه العدوانيه بأنها شخصيه لديها مخزون من الطاقه العدوانيه المكبوته ولكنها سريعه الغضب . وعندما يستثار هذا الغضب فان استجابتها تكون عدوانيه أكثر من الشخصيات الأقل عدوانيه . (بيركويتز Berkowitz، ١٩٦٢ ص ١٢٠)

التي سبق شرحهـــــــا .

وكل هذه الافتراضات السابقة هي محددات وصفيه نظريه تؤدى الى التداخل والتوازى بين المصطلحات أكثر منه تحديدا اجرائياً . وهذا دفع كثير من الباحثين لدراسه هذه العلاقه بين متغيرات العدائيه والعدوانيه وابعاد الشخصيه العامه .

فقد قام (بندنج Bending) باجراء تحليل لهذه العلاقه بين العصابيـــه أو الانفعاليه وبعد (الانبساط) حسب نموذج (أيزنك) وعاملى العدوانيه والعدائيه فوجد ان الانبساطيه لها ارتباط دال مع العدائيهالظاهره . كما تقسم العدائيه الـى عدائيه ظاهره وعدائيه كامنه في دراسته (١٩٦١) كما وجد ان عامل العدائيه العـام لـه ارتباط مع العصابيه (N) . (بندنجBending، ١٩٧٢، ص ١٨٠)

ولقد تبع (بندنج) دراسات عديده لمحاوله تفسير العلاقه بين بعض المتغيرات فـى ابعاد الشخصيه وكل من العدوانيه والعدائيه . وعلى سبيل المثال :

دراسه (فروست Frost، ١٩٧٠) عن الانبساطيه والعدوانيه . فوجد ان الانبساطيه كما تقاس بقائمه (أيزنك) للشخصيه (E.P.I) مشبعه بعامل العدوانيه ولكنها متناقضه مع عامل العقابيه الداخليه وليس لها ارتباط دال مع مقياس العدائيه الظاهـره لبندنج (فروست Frost، ١٩٧٠، ص ١٤٢) وهذا بالرغم ان (بندنج) أثبـت ان العدائيه الظاهره لها معامل ارتباط دال مع الانبساطيه كما سبق . وهذا يوضـح التناقض فى النتائج رغم ان أداه القياس فى الحالتين واحـده .

وفى دراسه أخرى قام بها (بورن Burn، ١٩٧٢) لدراسه ابعاد العدوانيه والعدائيه وعلاقتها بأبعاد الشخصيه . فقام باجراء التحليل العاملى لـ (١٧) مقياسوهم اختبار بندنج للعدائيه (العدوانيه الظاهره ،العدائيه الكامنه)واستخبار العدائيه واتجاهها (HDHQ) (٥ مقاييس فرعيه) وقائمه (بص ود بركى) للعدائيه (٨ مقاييس فرعيه) . وبعض مقاييس الشخصيه المشتقه من اختبار (منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصيه) (MMPI) مثل الاندفاعيه الذى افترض أنه يقيس كل من الانبساطيه والعصابيه. بعد تطبيقها على (١٦٥) مريض باضطراب نفسى وبعد اجراء التحليل العاملى توصل الى ما يلى :

(١) الارتباط بين الانبساطيه والعدوانيه بسيط وسالب (- ١٩ر) ولم يستطيع فصل عامل الاندفاعيه كعامل عام للانبساطيه .

(٢) وجدان استخبار العدائيه واتجاهها (HDHQ) مشبع بمقاييس (بص) الثمانيه . وأطلق عليه العامل العام للعدائيه . فمعامل الارتباط بينهما يصل الى (+ ٧٢ر) فهو ترابط موجب وعالى .

(٣) الارتباط بين الانبساطيه والعدائيهسالب وبسيط فوصل معامل الارتباط الى (- ٣١ر) .

(٤) الارتباط بين العصابيه والعامل العاملى للعدائيه على استخبار العدائيه واتجاهها عالى وكذلك مع العدائيه الكامنه على مقياس (بندنج) .

(٥) الانبساطيه والعدوانيه الظاهره يرتبطان معاً . (وقد اثبت ذلك (بندنج)
كما سبق ولكن نتائج (فروست) تناقض ذلك .

(بورن Burn ١٩٧، ص ٢٠ - ٢٦)

خامسا : بعض الدراسات عن العدوانيه والعدائيه :

(١) دراسة (بإنسان ريمون Remon, R. ١٩٧٣) .

بعنوان : العامل الروماتيزمي وديناميات العدوانيه لدى المرضى بروماتيزم المفاصل من الاناث .

الهدف : هو دراسة الفروق في ديناميات العدوانيه بين المجموعتين (SP) ، (SN) .

العينه : تتكون عينه الدراسه من (١٧) مريضه بالروماتيزم المفصلي لديها أقارب مصابين بالروماتيزم المفصلي أطلق على تلك المجموعه (SP Sero-Postive) ، (١٧) مريضه بروماتيزم المفاصل (SN) ليس لديها أقارب مصابين بالروماتيزم المفصلي وأطلق عليها (Sero-Nigative) وذلك لحسم عامل الوراثه ودوره في نشأه المرض . رغم مجانسه المجموعتين من حيث العمر الزمني - الزواج - المستوى الاجتماعي - مرحله المرض - المستوى الوظيفي - استمرار المرض وتم مقارنتهم في أزواج متقابله .

الادوات : استخدام الباحث قائمة (بص ودركى) (B.D.I) لقياس العدوانيه

والعدائيه والاتجاهات العدائيـه ـ وتقدر العدوانيه العامه بحاصل جمع المقاييس الفرعيه الثانيـه .

النتائج : سجلت المجموعه (SN) درجات على قائمه (B.D.I) تقارب المستويات السويه . ولكنها تساوى نفس درجات المرضى فى المستشفى بأمراض أخرى . ومتوسط درجات المجموعه (SP) هو (٢٩٫٥) أكبر من متوسط درجات المجموعه (SN) وهو (٢٣٫٣) والفروق بينهما داله عند مستوى دلاله (٠٫٥) . وبدراسه الباحث للمجموعتين من حيث بدايه المرض ووجود ضغوط حياه ترتبط ببدايه المرض . فوجد ان المجموعه (SN) ترتبط مع النموذج (M.C.G) أى المجموعه الصراعيه (Magor conflict - Group) والمجموعه (SN) ترتبط مع النموذج (M.C.G) أى المجموعه غير الصراعيه (Magor n conflict Group) وقد فسر الباحث النتائج السابقه من حيث ديناميات العدوانيه . فوجد ان المجموعه (SP) أقل من حيث القدره على تفريغ اندفاعيات العدوانيه . وتظل لديها عمليه كف للتعبيرات العدوانيه .

واكد (ريبون) على ضروره دراسه بروفيل الشخصيه المرتبط مع ديناميات العدوانيه بالاضافه الى محدد ضغوط الحياه الذى أكد على وجود علاقه بينه وبين نماذج العدوانيه للاناث المرضى بروماتيزم المفاصل .

الروماتيزميه باختياره للمجموعتين (SP) ، (SN) على أساس ظهور المرض لدى أحد الاقارب بدراسه سلاسل الأسره وأفرادها في المجموعتين . فهذا ليس بكـاف لتحديد العامل الوراثي فربما الفرد حامل للصفه الوراثيه ولكن لا تظهر عليـه مورفولوجيا كما هو معروف في الوراثه . وكذلك ربما يرث الفرد الاستعداد للاصابه ولكن لا تظهر عليه الاصابه فعلا الا اذا توافرت شروط أخرى . وبالاضافه الى ذلك مراجعه التاريخ الطبي والمرض للاسره والاقارب ليس معيارا صادقاً يتسم بالدقه . والهدف الاساسي من الدراسه هو الفروق بين ديناميات العدوانيه لدى المجموعتين . وجاءت النتائـج معتمده على المتوسط الحسابي وليست موضحه للديناميات وربما يرجع ذلك الى ان الباحث استخدم اختبار سيكومتري وحده دون الاستعانه بالمنهج الكلينيكي وفنياتـه التي تعين على اظهار الديناميات بالاضافه الى عدم مقارنه متوسط المجموعتان بمتوسط مجموعه سويه أخرى كمجموعه ضابطه بدلا من عقد المقارنه بين المجموعتين فقـط . والقائمه المستخدمه لقياس العدوانيه والعدائيه لا تعطى الاتجاهات العدائيـه وبالنسبه لمتوسط درجات المجموعه (SP) التي لديها اقارب مصابين بالروماتيزم المفصلي (أي يوجد عامل وراثي مسئول) على اختبار (B.D.I) (٢٩٫٥) أي درجه العدوانيه لديها أعلى من الفئه الأخرى . هذا يطرح سؤال توضيحي ربما تكون درجه العدوانيه العاليه المسئوله عن المرض السيكوسوماتي . وربما أيضا دور العامـل الوراثي الاستعدادي . وهذا لم يفسره الباحث . وخصوصاً أن هذه المجموعـه .

بصراعات أو ضغوط حياه) . وأهم ما جاءت وأكدت عليه هذه الدراسه هو دراسه بروفيل الشخصيه المرتبطه بديناميات العدوانيه . والتأكيد على وجود ضغوط انفعاليه مستمره تسبق الاصابه .

(٢) دراسه ريتاوريس : (Rita & Rees) ١٩٦٣ (في لندن)

بعنوان : المظاهر النفسيه للصداع النصفي :

الهدف : تهدف هذه الدراسه الى بحث الافتراض بأن العوامل النفسيه ربما تساهم في نشأه الاصابه بالصداع النصفي كما يلي :

(١) يوجد بعض السمات الشخصيه الخاصه التي تعتبر كعوامل مهيئه أو استعداديه للاصابه بالصداع النصفي .

(٢) الخبرات الانفعاليه الضاغطه أو المجهده (Stressful) تعتبر أيضاً كعوامل مهيئه للاصابه .

الادوات :

١- قائمه أيزنك للشخصيه (E.P.I) .

٢- اختبار القلق أو التوتر - تم اشتقاقه من اختبار منيسوتا للشخصيه المتعدده الاوجه (M.M.P.I) .

٣- قائمه بص ودركي (B.D.I.) للعدائيه والعدوانيه .

٤- المقابلات الشخصيه . وتتضمن اسئله تدور حول التكيف الحالي النفسي والأسري

الأولاد - الزواج - العمل - العادات السلوكيه المحببه والمكروهه .

العينـــه :

تتكون عينه البحث بالاضافه الى المجموعه التى اجريت لها مقابلات شخصيـــــه من ٦ مجموعات مقسمه كالاتـــى :-

(١) مجموعه مريضه بالصداع النصفى التقليدى (Classic M) (أى يصحبـه قــئ وألم فى جانب واحد من الرأس) .

(٢) مجموعه مريضه بالصداع النصفى الشائع (Common M) (لا يصحبـه قــئ والالـم فى جانب واحد ايضاً) .

(٣) مجموعه مريضه بالصداع غير النصفى (كمرض عضوى آخـر) .

(٤) مجموعه مريضه بالربو أو الأزمـه الصدريـه (Athmatic) وتعتـبر هذه المجموعه ممثله لاضطراب سيكوسوماتى آخـر . ولكن ليس صداع نصفـــى .

(٥) مجموعه مريضه بالصداع النصفى وموجوده داخل المستشفى .

(٦) مجموعه أسوياء كمجموعه ضابطه . ليس لديها أى اضطراب نفســى أو سيكوسوماتى أو عضــوى . وكل مجموعه من المجموعات السته السابقه يمثلهـا (٥٠) حالــه من السيدات ، (٥٠) حاله من الرجال ، ومتوسط العمر الزمنى للسيـــدات (٤٣,١) سنـه ، وللرجال (٣٨,٧) سنـه . و (٦٨ ٪) من الرجال متزوجين ، (٤٥ ٪) من السيدات متزوجات .

يوجد فروق داله على درجه العصابيه لدى حالات الصداع النصفى عنه لدى المجموعه الضابطه من الرجال والسيادات ،ومستوى الدلاله (٠٥ر) لكل المجموعات ولكن تزيد درجه العصابيه لدى المرضى بالصداع النصفى والموجودين داخل المستشفى عن بقيه المجموعات المرضيه . ولا يوجد فروق داله بين المجموعات المرضيه الآخرى . وتقع مجموعه الربو (بالنسبه لدرجاتهم على مقياس العصابيه) بين درجات المجموعه الضابطه ومجموعه الصداع النصفى ولكن الفروق بين المجموعات الثلاث غير داله .

٢- مقياس الانبساط :

أظهرت مجموعات الصداع النصفى كلها فروق داله احصائياً عند مستوى (٠٥ر) بالمقارنه مع المجموعات الضابطه . لكل من مجموعه السيدات والرجال أيضاً .

٣- بالنسبه لعامل الانفعاليه يوجد زياده داله احصائياً فى درجات المجموعه المريضه بالصداع النصفى عنه لدى المجموعه الضابطه والمجموعات الآخرى لكل من الرجال والسيدات) .

٤- وبالنسبه لمقياس القلق فقد حصلت حالات السيدات المريضات بالصداع النصفى على درجه عاليه وداله احصائياً بمقارنتها ببقيه المجموعات .

٥- وبالنسبه لمقياس الكذب (L) فلا يوجد فروق ذات دلاله احصائياً بين المجموعات كلها بالنسبه لهذا المقياس .

من مجموعات الرجال أو السيدات سواء المريضات أو المرضى أو المجموعه الضابطه.

٧- أمكن استخلاص دليل قاطع على مشاركه الضغوط الانفعاليه كعامل مهيئ في الاصابه بالصداع النصفي ، وتم استخلاص ذلك من المقابلات الشخصيه ودراسه التكيف الحالي لكل حاله على حده .

٨- بالنسبه لمقياس العدائيه .

** حصلت السيدات المريضات بالصداع النصفي الموجودات بالمستشفى على درجات ذات دلاله احصائيه على العامل (١) (السلوك العدائي) والعامل (٢) (الاتجاه العدائي) عنه لدى المجموعه الضابطه . ومستوى الدلاله (٠٥ر) ما عدا مجموعه المريضات بالصداع النصفي الشائع . فلا يوجد فروق داله بينها وبين المجموعه الموجوده بالمستشفى .

** ويوجد فروق داله احصائياً بين درجات الرجال المصابين بالصداع النصفي الكلاسيكي عنه لدى المجموعات الآخرى على العامل (١) السلوك العدائي .

وبالنسبه للعامل (٢) الاتجاه العدائي فلا يوجد فروق ذات دلاله احصائيه بين المجموعات الأخرى و هذه المجموعه . أو بين المجموعات الأخرى وبعضها بالنسبه للرجال .

تعقيب

تتميز هذه الدراسة بشمولها لعينات متميزه من مرضى الصداع على اساس التشخيص الطبى الدقيق والمقارنه بمجموعات ضابطة لكل مجموعة .. وتناولت أيضا

الجنسين من المرضى . واضطراب سيكوسوماتي آخر مثل الربو. وتتميز هذه الدراسة بتناولها لأكثر من متغير سيكولوجي له دوره في الاضطراب السيكوسوماتي وخصوصاً خصائص الشخصيه أو ابعادها والعدائيه واتجاهها . الا ان المقياس المستخدم لدراسه اتجاه العدائيه يستخدم فقط في دراسه صور ونماذج العدوانيه والعدوانيه فلم يكن مناسباً لذلك . ولقد نجحت تلك الدراسه في تقرير دور الضغوط الانفعاليه كعامل مهيئ للاصابه السيكوسوماتيه مثل ما سبقها من دراسات والاسلوب المتبع في تلك الدراسه (المقابله الشخصيه) وحدها لدراسه التكيف الحالي لا تكفي لحسم دور الضغوط الانفعاليه . ولكن كان لا بد من الاستعانه بأدوات المنهج الكلينيكي المعروفه الأخرى . وفي هذه الدراسه اجريت المقابلات الشخصيه لـ (٢٣٧) حاله مريضه بالصداع النصفي بأنواعه المختلفه غير المجموعه الخاصه بالدراسه (المرضى بالصداع النصفي) فكان يجب على الباحثان استخدام نفس العينه الخاصه بالدراسه حتى تستطيع تفسير ما توصلت اليه الدراسه الامبريقيه من درجات ودلالات احصائيه . وأوضحت تلك الدراسه التوازي بين الارتفاع في درجات العصابيه والانفعاليه . وكذلك اكدت وجود السلوك العدواني بين السيدات المريضات بالصداع النصفي . الا ان الاتجاه العدائي لم يكن واضحاً ، ويرجع ذلك للاداه كما سبق . وكان يجب على الباحثتين حسم دور العامل الوراثي كما سبق في الدراسه السابقه حتى يستطيعوا تقرير دور المتغيرات السيكولوجيه وهي (خصائص

(الصداع بأنواعه) وقد تناولت الباحثتين العدائيه واتجاهها . رغم ان الاهداف لم تنص عليها كمتغير سيكولوجي له دوره في الاصابه بالمرض . وبالنسبه للمجموعه الضابطه (الاسوياء) فلم يذكر معيار السويه أو الادوات المستخدمه لتحديد درجه السواء .

(٢) دراسه انديرا وفينودا Indira & Venoda

في جامعه بانجالورى بالهند .

بعنوان : (ضوابط العدائيه في الامراض السيكوسوماتيه) .

الهدف: تهدف تلك الدراسه الى بحث العدائيه واتجاهها لدى عينه من المرضى السيكوسوماتيين .

العينه: تتكون عينه البحث من مجموعتين تجريبيتين :

* **المجموعه الاولى :** وتتكون من (٢٨) حاله ذكور واناث مرضى سيكوسوماتيين ينقسموا الى (٥) فئات تشخيصيه مختلفه وهى (٩) ربو صدرى (٦) قرحه معديه ، (٦) ضغط دم مرتفع ، (٤) أمراض جلديه نفسيه المنشأ .

(٣) اضطراب الغده الدرقيه : ومتوسط العمر الزمنى (٣٩ر١٧) سنه ، وتم اختيارهم من مستويات اجتماعيه - اقتصاديه مختلفه (٢٥) من الحالات تم اختيارهم من قسم الطب النفسي بالمستشفى العام . (٣) من الحالات ايضا

الضابطه من حيث السن والجنس والحاله الاجتماعيه ـ والاقتصاديه ،والـزواج .

* **المجموعه الثانيه** : وتتكون من (١٤) عصابى من الذكور والاناث أيضاً . ومتوسـط العمر الزمنى (٣٦٫٢١) سنـه . وتم الحصول على (١٠) منهم من نفس الأماكـن السابقه التى اختيرت منها المجموعه السيكوسوماتيه . وينقسموا الى (٣) فئات تشخيصيه وهى (٦) اكتئاب عصابى ، (٦) قلق عصابى ، (٢) اضطرابـات تحويليه . والمجموعه الضابطه تتكون من (١٤) حالـه من الذكور والاناث أسويا ء ومتوسط العمر الزمنى لهم (٣٦) سنـه . وتم اختيارهم من الطـلاب.

الادوات: (١) اختبار المعاناه السيكوسوماتيـه Psychosomatic Experience -T -

(٢) اختبار العدائيه واتجاهها (HDHQ) لقياس العدائيـه والعدوانيه العامه على المستوى الظاهرى واتجاهاتها .

(٣) اختبار الاحباط المصور لروزنزويـج (Picture Fru. Test) لقياس ردود الفعل والاستجابه للاحباط . أى مقياس العدائيه والعدوانيـه على المستوى الكامـن .

(٤) اختبار تفهم الموضوع (T.A.T) وتم تدريجه كميا (بالدرجات) على كـل من العدائيه والشعور بالذنب . بالاضافه الى دراسه تاريخ الحالـه.

وتم تطبيق الاختبارات السابقه فردياً . ابتداء باختبار بلانك للمعاناه السيكوسوماتيـه ومنتهياً باختبار تفهم الموضوع . ثم دراسه تاريخ الحالـه . وقـد حصلت المجموعـه

على درجات مرتفعه . بينما حصلت المجموعه العصابيه على درجات مرتفعه من الجزء الثانى الخاص بالتكيف النفسى المرضى ، وحصلت المجموعه السويه على درجات معتدله فى الجزئين . ولذلك اعتبر هذا الاختبار تشخيصى للحالات .

النتائج :

١- حصلت المجموعه السيكوسوماتيه والمجموعه العصابيه على اختبار (HDHQ) على درجات عاليه ذات فروق داله احصائياً فى درجات العقابيه العامه ومستوى الدلاله (٠١ر) ولكن المجموعه السيكوسوماتيه أكثر عقابيه داخليه بالمقارنه بالمجموعه السويه . وأكثر عقابيه داخليه عن المجموعه العصابيه أيضاً .

٢- لا يوجد فروق ذات دلاله احصائيه بيم المجموعات الثلاث على اختبار (P.F.T) بالنسبه لاتجاه العدائيه على المستوى الكامن ونمط رد الفعل . وكذلك لم يوجد فروق ذات دلالهٍ إحصائيه بين الفئات السيكوسوماتيه وبعضها .

٣- لا يوجد فروق ذات دلاله احصائيه بين درجات السيكوسوماتيين والعصابيين على اختبار تفهم الموضوع (لقياس الشعور بالذنب والعدائيه) .

٤- لا يوجد فروق ذات دلاله احصائيه بين المجموعه السيكوسوماتيه والعصابيه فى نماذج الدرجات على اختبار (HDHQ) ما عدا الاختلاف فى اتجاه العدائيه.

تعقيب :

تتميز هذه الدراسه باستخدامها لمجموعه من الاختبارات التى تقيس العدائيه على

المستوى الظاهـر والكامن واتجاهـهـا . الا انها فشلت فى تمييز المرضى السيكوسوماتـيين عن العصابـيين . وأظهـرت الدراسـه درجـه عقابيه داخليـه عاليه لدى المجموعـــه السيكوسوماتيـه عنـه لدى العصابـيين رغـم ان العينـه العصابيـه تشمـل فئـه الاكتئـــاب العصابى التى تعتـبر أكثر عدائيه داخليـــه أوعقابيه داخليـه . ولـم يظهـر فـــى الدراسـه مدى الاستفاده من اختبار (P.F.T.) وكذلك فشـل اختبـار تفهـــــم الموضوع فى التمـييز بين العـصابـيين والسيكوسوماتـيين بالنسبـه للعدائيه والشعور بالذنب ولم تظهـر النتائـج مدى الاستفاده من دراسـه تاريخ الحالات . لـم توضـح الدراســه الفروق بين الفئات السيكوسوماتيــه المرضيه نظـرا لاختلاف العرض فهى (٥) فئـــــات مختلفـه . وكذلك بالنسبـه للمجموعـهالعـصابيه فهـى فئـات تشخيصيه مختلفـه من حيـث ديناميات العدائيـه أو العدوانيــه .

---

(٤) دراسـه اندبرا وفينـودا Indira & Venoda

فى جامعـه بانجالورى بالهنـــد .

بعنـــوان : العدائيـه كما تقاس بالتات والحالات السيكوسوماتيـه .

الهـدف : هو محاوله تقديـم تقريرعن استخدام اختبار تفهـم الموضوع (T.A.T.) كاداه لتقدير وقياس العدائيـه للحالات السيكوسوماتيـه .

العينـــه : هـى نفسـها عينـه البحث السابق ولكـن الهـدف مختلـف.

** وأجريت الباحثتان هذه الدرسـه لما أظهـرت نتائج الدراسـه السابقـه حـــول فشـل اختبار (T.A.T.) فى قيأس العدائيـه أو الشعور بالذنب لدى العصابيـين

والسيكوسوماتيين . أو التمييز بينهما رغم ان المجموعتين متميزتين كلينيكيا .

** ولأن الدراسات حول استخدام اختبار تفهم الموضوع كأداه لتقدير العدوانيه والعدائيه متناقضه .

الادوات : (١) اختبار المعاناه السيكوسوماتيه لبلانك .

وقد حصلت المجموعه السيكوسوماتيه على درجه عاليه في الجزء الأول الخاص بالتكيف الفسيولوجي المرضى . وحصلت المجموعه العصابيه على درجه عاليه في الجزء الثاني الخاص بالتكيف النفسي المرضى ، وحصلت المجموعه السويه على درجات معتدله في الجزئين .

(٢) استخبار : (HDHQ) وحصلت المجموعه العصابيه والسيكوسوماتيه على درجات عاليه وذات دلاله احصائيه بمقارنتها بالمجموعه السويه في عاملي العقابيه العامه واتجاه العدائيه . ومستوى دلاله الفروق كان (١٠ر) .

(٣) وتم تطبيق اختبار تفهم الموضوع (الصور الهنديه له فرديا . ثم اعطاء درجات للقصص تبعاً لنظام (سين Caine) لقياس العدائيه . وذلك بعد الكلمات العدوانيه واحصائها . ومع ذلك فشل الاختبار في التمييز بين المجموعتيين المتميزتين أصلا .

واكدت الباحثتان على ضروره قيام دراسات مناسبه كثيره مع مجموعات كلينيكيه مختلفه قبل التقرير بعدم امكانيه تفهم الموضوع لاستخراج ثيمات (Themas) العدوانيه

تعقيـــب :

تعتبر هذه الدراسه متممه للدراسه السابقه لنفس الباحثتان وتدور حول اختبار تفهم الموضوع وقدرته على استخراج ثيمات خاصه بالعدوانيه والعدائيه لدى المرضـــى السيكوسوماتيين . ولقد تأكد لهما فشله في ذلك بعد اجراء تلك الدراسه .

----

(٥) دراسه لولاس وفـــون راد Lolas & Von Rad

بشيلـــى فى أمريكـا اللاتينيـــه

بعـــنوان : القلق والعدائيه لدى المرضى السيكوسوماتيين والعصابيين .

الهدف : دراسه السلوك اللفظى ، وتحليل المحتوى اللفظى لألف كلمه من خـــلال المقابلات الشخصيه وتحليلها فى بعدين هما القلق والعدائيه بعد استخدام المقياسين المختصين لقياس كل منهما .

العينه : تتكون عينه البحث من (٤٠) مريض سيكوسوماتـــى ، (٤١) مريض عصابـــى وتمت المجانســه بينهما فى متغـــيرات كثيره .

الادوات : اختبار القلق (Anxity Test) اختبار العدائيه واتجاهها (HDHQ) والمقابلات الشخصيه لجميع التعبيرات اللفظيــه .

النتائج :

تتجه العدائيه للداخل لدى المرضى السيكوسوماتيين وترتبط بقلق الشعـــور بالخـزى (Shame) وتتجه العدائيه للخارج فى المرضى العصابيين وترتبط بقلق

الشعـور بالذنـب (Guilt) .

وحصلت المجموعه السيكوسوماتيـه على درجـات عاليه فى العدائيه الموجهـه للداخل والقلق . وحصلت المجموعه العصابيه على درجـات غاليه فى العدائيه الموجهـه للخارج . ولهذا قرر الباحثان امكانيه التنبـؤ بنوع المجموعه المرضيه على اساس الدرجه على مقياس اتجاه العدائيـه (داخليـه أم خارجيـه) ودرجـه القلـق .

تعقـيب :

لـم يوضحـا الباحثـان فى تلك الدراسه درجه العدائيه العامه . بل اهتما باتجاه العدائيه فقط . ولو انهما نجحا فى التمييز بين العصابـيين والسيكوسوماتـيين بالنسبه لاتجاه العدائيه . ولكن كان على الباحثين ان يستخدما مجموعه سويه ضابطه لتوضيح الفروق . وأفـادت المقابلات الشخصيه وجميع التعبيرات اللفظيـه للمجموعتين فى اظهار ميكانـيزم (الانكار) الذى تميزت بـه كلا المجموعتين رغم ما أظهـره اختبـار (HDHQ) لاتجاه العدائيـه

-- ---------- --

قياس العدوانيه والعدائيه

كثرت المقاييس والاستبيانات والقوائم الخاصه بقياس كل من العدوانيه والعدائيه وانقسمت الى نوعين من المقاييس وهي: الفنيات الاسقاطيه والاستبيانات والمقاييس وبعضها قام على اساس نظرى بعضها تم اشتقاته من مقاييس أخرى بعد بعض المصطلحات الاحصائيه وسوف نقدم على سبيل المثال بعض هذه الادوات :-

أولا : الفنيات الاسقاطيه :-

تم الاعتماد على هذه الفنيات الاسقاطيه في تحديد نوع واتجاه العدوانيه أو العدائيه وأيضاً البحث عن اسبابها بطريقه كيفيه ومن اشهرها اختبار الاحباط المصور لروزينويج واختبار تفهم الموضوع (T.A.T) واختبار بقع الحبر (الرورشاخ)

أ: اختبار الاحباط المصدر لروزينويج (R.P.F.T)

وهو لقياس نمطين من الاستجابات للاحباط وهما العقابيه الداخليه (I N) أو اتجاه العدوانيه للداخل والعقابيه الخارجيه (E X) اتجاه العدوانيه للعالم الخارجي وتم حساب الصدق والتركيز على مقياس العقابيه الخارجيه لقياس العدوانيه ويوجد تعارض بين نتائج الابحاث المستخدمه لهذا الاختبار . قام كل من (ميجارجي Megargee، ١٩٦٦) (ميركيروكيرازيس Mercer& Kyriqis ١٩٦٢) بمقارنه الدرجات على مقياس العقابيه الخارجيه لكل من المساجين القتله والمساجين غير القتله ولم يتوصلوا الى فروق بين المجموعتين بينما وجد (بيرسون Pererson ١٩٦٢،)

ان المساجين القتله اعلى من المساجين غير القتله على مقياس للعقابيه الخارجيـــه (E x) . ويعتبر المقياس محدد للعدوانيه بطريقه كيفيه اكثر منها كميــه

** دراســه (كيسوناروا وآخــرون فى المانيا ١٩٨١) .

- تم دراســه مرضين من الامراض السيكوسوماتيه بواسطــه اختبـار الاحبـاط (P F I) ويساعد هذا الاختبار فى كشف الاشكال والانماط المعقده للاجهاد والشده التى تعتبر عامل هام فى المنشأ المرضــى للعرض .

وتم تقسيم (٢٨١) فـرد الى المجموعات التاليــه :-

أ : السيكوسوماتيـون (فى المرحله العضويـه) فى المرحلــه الوظيفيـه .

ب : العصابيــون ج : الاسوياء لمجموعه ضابطــه .

أوضحت النتائج ان نمط الاستجابه أو رد الفعـل بالنسبه للسيكوسوماتيين علـــى اختبار الاحبـاط (P F T) لم يفرق بين المرضـى فـى المراحل العضويـــه أو الوظيفيـه أو العصابـيين مع الامراض السيكوسوماتيـه . بالرغم من وجود بعـــض العلامات الخاصـه أو الاشـارات بالنسبـه للمرضـى السيكوسوماتـيين فى المرحله العضويه.

واستنتج ان الاضطـراب فى نمـط وتصـــور الشخصيـه لكل من العصابيين والسيكوسوماتين ليقــود الى اضطـراب فى توافـق الانا ونكاملهـــا وغير ملائـم أو كاف لفصـل ميكانيزمـــات الاجهـاد أو الشـــده . (Stress)

ب: اختبار تفهـم الموضــوع (T.A.T)

وتستخدم لتحديـد مستوى العدوانيه . ويقرر كثير من مستخدميه انه يصلح لتحديـــد

نوعيات من الافـراد المتميزين بالعنـف ، ولديه الامكانيه التميزيه لبعض المسالك العدوانيه ويوجـد تعارض بين بعض نتائج الابحاث فوجـد (هاسكيـل Haskcel ١٩٦١) ترابط بين الدرجات على اختبـار الـ (T A T) واستبيان للعدوانيـه . كما وجـد (ستـون Stone) فروقاً فى العاده التى يعكسهـا الاختبار بين المساجـين المتميزين بالعنف وغيرهـم . ويرى (ميجارجـى ، ١٩٧٠) ان اغلبيه الدراسـات والابحـاث التى استخدمت اختبـار التـات اكدت على امكانيتـه فى التمييز بـين نوعيات مختلفه من العـدوان والعنـف واتجاهـه . وأشار الى ان الاختلاف يرجـع للعينات المستخدمه فى الدراسات المختلفه .

ج : اختبار بقع الحـبر (الرورشـاخ)

يعتمد قياس صدق اختبار بقع الحبر (الرورشاخ) كوسيله لقياس العدوانيه يعتمـد على النظام المحـدد لوضع الدرجات فوجـد (وولـف weolf) أنـه امكن التميز بـين المساجين القتلـه وغـير القتلـه باستخدام اختبار بقع الحبر بطريقه اعطـاء درجات خاصه بالمحتوى . على الرغم من ان طريقـه التدريـج الخاصـه بالشكل لم ينجـح فى التمـييز بين الفئتـين السابقتين ويقـرر (بص Buss) ان نظام التدريج للرورشاخ علـى اساس الشكل لا يعطـى انعكاس كامل لكل صور العـدوان . وعلى الرغم من عدم انتشـار استخـدام الرورشاخ لقياس ابعاد العدوانيه الا انـه أمكن تميز المكون العدائى باستخدامه الا أنـه لم يستطيع تميز العـدوان الكامن للشخصيه ولا يعتـبر هذا التميز النهائـى لمستوى العـدوانيـه ولكن يحتاج الى قياس آخـر أو وسائل آخرى تركز بمباشره على قياس العدوان .

ثانيا : الاستبيانات : Questionnaires

تعتبر الاستبيانات والمقاييس والقوائم من أكثر الوسائل العلميه لتقدير خصائص الشخصيه . ومن السهل تدريجها ومقارنتها مع غيرها من وسائل التقدير الاخرى . وتستخدم في مدى واسع للقياس بغرض تشخيصي كلينكي أو في اختبار مجموعات للاجراءات التجريبيه . وبعض الاستبينات تقيس العدوانيه أو العدائيه . وبعضها يقيس العدوانيه ضمنا للبعدين السابقين وتقسم الاستبيانات بناءا على طريقه بنائها الى ثلاثه انماط . مقاييس حدسيه وامبرايقيه ونظريه وذات اتساق وتماسك داخلى .

أولا : المقاييس

In tuituvely developed Scale

وتعتبر المدخل الحدس هنا في اختيار البنود في البدايه لا يقوم على خلفيه نظريه والتي تقيس العدوانيه . ومعيار اختبار البنود هو الصدق . عن طريق تقديم مجموعه كبيره من البنود ثم تحكيمها من قبل متخصصين .

أ : قائمه ايوا للعدائيه The IowaHostility In Ventory

قام بأعدادها (مولداوسكى ١٩٥٩) وتتكون من (٤٥) بندا وتم حساب الصدق لها بطرق مختلفه باستخدام مجموعه من المرضى السيكاتريين . وتم تقدير الدرجات بمساعده المعالجين ومقارنتها بالتقدير الذاتي من جانب الحالات لكل

من العدائيه فى اتجاهيها نحو الذات والعالم الخارجى ووجد لها ارتباط عالى مع التقدير الذاتي للحالات أكثر منه مع المعالجين . كما اوجد لها (بص وآخرون) ارتباط مع كل ابعاد مقياس العدوانيه والعدائه لبص.

ب : مقياس (كوك وميدلى للعدائيه)

The Cook and Medley Hastldy
(H S)

تتكون هذه المقاييس من (٥٠) بنداً وهو يمثل جزء من بطاريه صممها كل من "كوك وميدلى ١٩٥٤) عن اتجاهات المعلمين . وتم ايجاد الصدق والثبات لهذه القائمه بطرق عده وقام (ميندلسون Mandelsohn ١٩٦٢) بمقارنه درجات أربع مجموعات من الذكور على مقياس العدائيه والعدوانيه فى اختبار (M M P I)

١ـ المجرمين الاشد عنفاً ٢ـ المجرمين معتدلى العنف

٣ـ المجرمين غير المتميزين بالعنف ٤ـ مجموعه غير اجراميه .

وفشلت هذه القائمه فى التمييز بين المجموعات الاربع . وقام (يوسف Youssef ١٩٦٨) بحساب الصدق التنبؤى لمقياس (M M P I) للعدائيه على عينه قوامها (١٢٠) طالب جامعى تم تقسيمهم الى مجموعتين مرتفعى العدائيه ومنخفضين العدائيه على مقياس (كوك وميدلى للعدائيه) وكذلك مقياس العدائيه الظاهره .

جـ : مقياس العدائيه الظاهر The Manifest Hostility S. (MHS)

قام باعداده (سيجال Siegal ١٩٥٦) وتتكون من (٥٠) بنداً وقام (سيجال)

بحساب الصدق والثبات لدى طلاب الجامعه والمرضى من الذكور خارج المستشفى واستخدام اختبار الرورشاخ ومقياس (F) ووجد ارتباطا دال مع مقياس (F) ولكنه ضعيف نظرا لأن كلا من المقياسين (M H S)، (F) استبيانات بها تداخل وتشابه بين البنود : واستخدام هذا المقياس على مدى واسع . وقد استخدمه (سبدكا Spidka، ١٩٦١) فى دراسه افتراض الاحباط - عدوان ة واثبات ان زياده الاحباط فى وسط مجموعه تراقبه بالاضافه الى وجوده ضمن مجموعه منخفضى المستوى الاجتماعى والاقتصادى وسوف يؤدى الى زياده العدائيه الظاهره عند لدى اغلبيه اعضاء الجماعه من نفس المستوى الاجتماعى والاقتصادى . ولم تظهر النتائج القدره التنبوئيه للمقياس . رغم وجود ارتباط بين هذا المقياس ومقياس المرغوبيه الاجتماعيه لادوارد من قائمه التفضيل الشخصى .

ووجد (هاس Haas، ١٩٦٦) أن طلاب (السنه الاولى ة حصلوا على درجات على المقياس أعلى من طلاب السنه الثانيه .

ووجد كل من (روشينبام وستانيرس Rasenbaum& Stanners، ١٩٦١) أن الطلاب الذين تم تعريضهم للاشاره سجلوا درجات مرتفعه على مقياس (M H S) وأيضاً على بطاقات اختبار التات (T A T)

وقام (سيجل Siegel etal) بايجاد الصدق مع كل من اختبار الاحباط المصدر بعد تقسيم المقاييس الى مقياسين فرعيين هما العقابيه الداخليه والعقابيه

وقام كل من (ميلر ، سبيكا وبرات Miller, Spilka، Pratt) بمقارنه عينات

من مرضى الفصام البرانويدى المتميزين بالعنف ومجموعه أخرى غير عنيفه . ولكن لم يتوصلوا الى فروق داله على درجات هذا المقياس على أى من المقياسين الفرعين .

د : مقياس العدائيه لساراسون

Sarason Hostility Scale . SHS)

صمم هذا المقياس (ساراسون ، ١٩٥٨) وتتكون من (١٨٠) بنداً فى صورته الأوليه . وكثيرا منها مشتق من اختبار (M.M P I) ، ٢٩ بنداً منها تخص العدائيه والغضب فى مواقف كثيره . وأجريت عليه دراسات للصدق .

هـ: استبيان جرين وأستاكي للعدائيه والعدوان :

The Green ' Stacey Aggressein and Hostility-Questionnair

صمم هذا الاستبيان (جرين واستاكى ١٩٧٠) وتتكون من قياسين أ ، ب متكافئان وتتكون من (٦٠) بنداً وتم تطبيقه على (١١٧) فرد . وأجرى له تحليلا عامليين الا انه لم يظهر التفريق بين العدائيه والعدوان كعاملين مستقلين . ولكنه ينظم مدى واسع من السلوكيات والاتجاهات العدائيه والعدوانيه ولا يستخدم لقياس كل منهما مستقلا عن الآخر .

- تقييم المقاييس الحديثه :

وجه لهذه الفئه من المقاييس مجموعه من الانتقادات ومنها انتقادات (جودستين ولانيون Lanyon &Goodstein ١٩٧١) ويعترض على هذه المسلمه وتقوم على مسلمات ثلاث هى :

١ - الحالات التى تطبق هذه الاستبانات يقدرون انفسهم بمفهوم بنود الاستبيان

الاتجاه السيكودينامي في فهم الشخصيه .

٢- الحالات تجيب بطريقه صادقه وحقيقيه .

٣- معاني البنود واضحه وليس بها غموض .

ولكن هذا الوضوح يختلف من فرد لآخر .

ثانيا : المقاييس الامبريقيه : Empirically Developed Scales

تقوم فكره هذه المقاييس على اختبار مجموعه من المثيرات المحدده واختبار امكانياتها في التميز بين المجموعات المحدده . وفي حاله دراسه العدائيه والعدوانيه تؤخذ المعايير من تقديرات الملاحظه أو من السلوك الاعتدائي العنيف ومن هذه المقاييس

أ : مقاييس "اسكولتيز" للعدائيه والعدوانيه :
Schultz, hostility and Aggression Seiles
ويتكون من (٥٥) بندا وتم تصميمه من تطبيق اختبار M M P I على (١١٩) من الذكور المرضى النفسيين وتم وضع درجات لهم بناء على معايير خمسه وهي :

١- درجه تكرار أو تواجد العدوان الكامن .

٢- شده ومدى الاندفاعات العدوانيه قبل التعبير عنها .

٣- اتجاه العدوان .

٤- طريقه التعامل مع العدائيه أو صور وجودها .

٥- تكرار العدوان الظاهر .

وتم تقسيم البنود (٥٥) بندا الى ثلاث مقاييس العدوان الظاهر ، العدوان الكامن وضبط العدائيه .

ب : مقياس زاكـــي و ولتـير للعدائيـه :-

The Zaksand welters AggressiV eness Scale

وتتقسم بنـود المقياس كالاتـــي :

١- بنود لاظهـار مستوى العـــدوان الظاهـــر .

٢- بنود لاظهـار اتجـاه العــــــدوان ،

٣- بنود لتقدير أسباب العدوان ظهـوره أو كمونـــه .

ويتكون من (٣٣) بنـدآ موزعـه كما سبق . وأوضحـت الدراسات لهـذا المقياس أنـــه يمكننا التميـيز بين السلوك التوكيـدى والسلـوك العـدوانـى ويتمـيز بثبـات وصـــــدق مقبـــول .

ثالثا : المقاييس المبنيـه على خلفيـه نظريـــه :-

هـذه المجموعـه من المقاييس محتوياتهـا أختـيرت بنـاء على نظريات نفسيـه محـددة وتم اختيـار البنود الخاصـه بهـذه النظريـه واستيراتيجياتهـا ومنهـا المقاييس الثلاثـــه الآتيـــه :

أ : مقياس الحاجـــه للعـــدوان (N A S)

ب : استبيـــان العدائيـه واتجاهـهـــا (H D H Q)

جـ - قائمـــه بـص - د بركـــى (B-D.I)

١- مقياس الحاجـــة للعـــدوان (N A S)

ويتكون من (٩) بنود من قائمـه التفضيـل الشخصـى لادوارد ز والتى صممت لقيـــاس

السلوك العدواني اللفظي مثل النقد والمجادلـه ووصفت تلك القائمه على الاساس النظرى لنظام (موراى) للحاجات لنظريه عامه في الشخصيه وليست خاصه بالسلوك العدواني فقط . ووضعت بنود القائمه فى ازواج ويختار الفرد واحد من هذه الأزواج .

٢ـ استخبار العدائيه واتجاههـا (HDHQ)

The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire

صمم استخبار العدائيه واتجاهها (HDHQ) لكي يشمل مجموعه كبيره نسبيا للمظاهر أو الاشكال الممكنه للعدوانيه أو العدائيه أو العقابيه . صمم هذا المقياس تبعاً لنظريه (فولدز Foulds ، ١٩٦٥) .

فى العقابيه . حيث انه لم يفرق بين العدوانيه Aggressiveness والعدائيه Hostility واعتبروها دافعاً واحداً (Unitary Drive) وهو يرد هذا الدافع الى العقابيه (Puntiveness) ويأخذ هذا الدافع شكلين رئيسيين هما العقابيه المتجهه للداخل (Intropunitiveness) والعقابيه المتجه للخارج (Ectro puniti veness) ويتكون الاستخبار من (٥) مقاييس فرعيه . ومنها مقياسين لقياس العقابيه المتجهه للداخل (الموجبه) وهما الشعور بالذنب الهذائى (Delusional Guilt) ونقد الذات Selfcriticism

اما المقاييس الثلاثه الفرعيه الآخرى وهى نقد الآخرين Criticism of Others

والعدائيه الصريحه (Actind out Hos- =tility) ،والعدائيه الهذائيه المسقطه (Projected Delusional-- - Hostility-) لقياس العقابيه الخارجيه . ويمثل مجموع هذه المقاييس الفرعيه الخمسه العدائيه العامه (General Hostili- - ty) ويستخدم هذه الاستخبار لقياس العدائيه واتجاهها (العقابيه)

(محمد عبد الظاهر الطيب ١٩٨٤،ص ٣)

وقد صممه كل من (فولدز ،كين وهب Foulds, Caine& Hop ١٩٦٧)

وقام بتعريبه واعداده (محمد عبد الظاهر الطيب) .

وتعرف العدائيه فى هذا المقياس بأنها سلوك أو اتجاه يقصد به ايذاء الآخرين أو ايذاء الذات وهى تأخذ صور متعدده هى العدائيه الصريحه ونقد الآخرين والعدائيه الهذائيه المسقطه ونقد الذات والشعور بالذنب (محمد عبد الظاهر الطيب ، ١٩٨٥ ،ص ٦١٦) أى انها تكوين فرضى من الدافع لممارسه الانماط والصور السابقه . وهى الدرجه الكليه التى يحصل عليها الفرد بناء على حاصل جمع درجاته على المقاييس الخمس الفرعيه التى يشملها المقياس .

ويستطيع الاستخبار التمييز بين الفئات المرضيه المختلفه من الذهانيين والعصابيين كما يميزهم عن الاسوياء . كما يمكن استخدامه كلينيكيا عن طريق تسجيل درجات الحاله على المقاييس الخمس الفرعيه لتعين الباحث فى تفسير درجات الحاله على كل من الدرجه فى العقابيه الداخليه أو الخارجيه . ويمكن حساب اتجاه العدائيه عن طريق هذه المعادله :

اتجاه العدائيه : = (٢×نقد الذات + الشعور بالذنب) - (نقد الآخرين + العدائيه الصريحه + العدائيه الهزائيه المسقطه)

وتم حساب الصدق والثبات بطرق مختلفه .

٣- قائمه بص ديركى The Buss - Durkee Inventory

قاما " بص ود يركى) باعداد قائمه لمختلف صور السلوك العدوانى وتم توزيعها بناء على ثلاثه اتجاهات :

أولا : طبقاً للعضو المستخدم : (جسدى فى مقابل اللفظى)

مثل الاعتداء البدنى على كائن آخر بواسطه اعضاء الجسم أو الاسلحه أو الآلات والآدوات فى مقابل اللفظى مثل الالفاظ غير المرغوبه الموجهه لفرد آخر أو التهديد أو الرفض

ثانيا : طبقاً للعلاقات الشخصيه :

- مباشره : مثل الهجوم أو الاعتداء او الرفض أو التهديد .

- غير مباشر : مثل نشر الشائعات أو تشويه صفات وأفعال الآخرين .

ثالثا : طبقاً لدرجه النشاط :

- تنشيط : وهذا يتضمن كل السلوكيات السابقه .

- كامن : ويتمثل فى منع الآخرين من الوصول الى اهدافهم .

والعدوانيه الكامنه عاده ما تكون مباشره ولكنها احياناً تكون غير مباشره مثل الاعتصام .

ومعظم اشكال العدوانيه موضحه فى الشكل التخطيطى الآتى الذى اقترحه (بص)

العدائيه (H O)

- الاستياء (الغيظ)

- الشك

العدوان

مباشر — غير مباشر

نشط — كامن — نشط — كامن

العدوان اللفظى — السلبيه — العدوان غير المباشر — منع الآخرين من الوصول الى اهدافهم

ويتكون القائمه من المقاييس الفرعيه الآتيه (نشر الشائعات)

١- العنف والاعتداء الجسدى على الآخرين

٢- العدوان غير المباشر : مثل نشر الشائعات الخبيثه واطلاق النكات .

والاتيان بأفعال تؤدى الى نوبات من الغضب للطرف الآخر .

٣- حده الطبع (التهيج) .

الاستعداد للغضب السريع ويتضمن سرعه الانفعال والبدائيه .

٤- السلبيه : سلوك مضاد ويعنى الرفض وعدم الرغبه فى المشاركه وابداء الرأى .

٥- اليقظه : (الاستياء) ٦- الشك : وهو اسقاط العدوان على الاخرين

٧- العدوان اللفظى .

واقترح (بص) ان الاستجابات العدوانيه يمكن تقسيمها فى عده مجموعات

وانها ترتبط ارتباطاً موجباً . والارتباط الموجب دلل عليه كل من (الوشاس Lovas ١٩٦١ (جنيرى Gemtry ١٩٧٠)

وتتبع نظام بص - دركى اختبار السلوك العدوانى للاطفال . الذى قمت بتصميمه واعداده وتقنينه على الأطفال .

مقياس السلوك العدوانى للاطفـــال :

تعتبر مرحله الطفوله أهـم مرحله من مراحل نمو الانسان من حيث تأثير المحيطـين بالاطفال ودور التنشئة الاجتماعيه والبيئه فى تكوين السمات الرئيسيه ولأطر الاساسيه فى شخصيات الاطفال . واذا حدث هناك اختلاف ما فى الظروف الأسرية للطفل كانت هذه نتائج سلبيه على حياته فيما بعد .

والاتجاهات الحديثه الآن هى دراسه التغييرات النفسيه من وجهه نظر الطفل أكثر فائده من دراستها من وجهه نظر المحيطين به وخصوصاً فى الطفوله المتأخره واذا رجعنا الى تفسيرات حدوث السلوك العدوانى من وجهه نظر اجتماعيه فان السلوك العدوانى مكتسب وبيئى مثل نظريه (باندورة Bandra ١٩٧٣) ونظريه الاحباط يولد العدوان (دولارد وميلر Doilard & Miller ١٩٣٩) ايضاً . غير ان كلا النظريتان ممثلتان فى هذه المجموعه وايضاً بعض العوامل الاقتصاديه والتشريطيه يمكنها جعل هؤلاء الاطفال عدوانيين وهذا بالاضافه الى النظريات مثل (فرويد ولورنز) اللذان اعتبرا السلوك العدوانى غريزى وقد اعترض على تفسير السلوك طبقاً لوجهه النظر السابقة كل من (بص Buss ١٩٦٦ ، بيركيوتز Berkowitiz ١٩٦٥) ويرى (ايزنك Eysenck ١٩٧٧) امكانيه دراسه السلوك العدوانى وفقاً لتدرج هذا السلوك ويتم وضع العدوان على متصل ثنائى القطب يمثل العدوان قطب مثل بقيه العوامل والسمات الانفعاليه الشخصيه والقطب الاخر

الانسحاب والحياء والخجل وتفاوت الافراد في الدرجه على هذا المتصل وأيضاً نظريه (فولدس Foulds ١٩٦٥) الذى اعتبر العدوانيه والعدائيه دافع واحد أطلق عليه العقابيه العامه . قسم سيرس Sears ١٩٦١) السلوك العدواني الى ثلاث صور وهى عدوان مباشر مادى وعدوان لفظى وعدوان غير مباشر يتم التعبير عنه بصور أخرى اسقاطيه أو حيل دفاعيه ولا يمكن تصنيفه مع السلوك اللفظى أو المادى .

الدراسات السابقه :

وكثرت الدراسات حول السلوك العدواني وعلاقته ببعض المتغيرات الآخرى أو السلوك العدواني بوجه عام ولكن تصنيف الدراسات السابقه كالتالى :

أولا : دراسات عن السلوك العدواني لدى الاطفال من الجنسين وعلاقته بمتغير آخر مثل دراسه (ليسير Lesser ١٩٧٦) عن العلاقه بين القلق واستجابات الاطفال نحو العدوان . أجراها على تلاميذ المرحله الابتدائيه للبنين والبنات وأظهرت النتائج ان القلق الدراسى يزيد من مستوى السلوك العدواني لدى الاطفال وأيضاً السلوك التوترى والتردد ودراسه (ليفيون مليكيان وحسين الدرينى ١٩٨٣) عن بعض مظاهر السلوك العدواني لطلبه المرحله الثانويه والاعدايه بالدوحه . وتم تصنيف المظاهر العدوانيه تبعاً للسلوكيات المدرسيه للتلاميذ فقط من وجهه نظر المدرسيين والمشرفين الاجتماعيين .

وفى دراسه (فيولا البيلاوى ١٩٨٨) عن تحليل المشكلات السلوكيه لتحديد المشكلات الاكثر شيوعاً . وبعد اجراء التحليل العاملى أظهرت الدراسه سبعه عوامل ، العامل الاول منها مشكلات السلوك العدوانى .

ودراسه آخرى قامت بها (عفاف محمد عبد المنعم ، ١٩٩١) عن المشكلات السلوكيه للمتخلفين عقلياً . وتوصلت الباحثه الى ان اولى المشكلات من ناحيه الترتيب هى مشكله السلوك العدوانى . وبذلك تؤكد هذه الدراسه ودراسه (فيولاالببلاوى) على مدى انتشار السلوك العدوانى وبروزه فى مقدمه مشكلات الاطفال فى كل الفئـات .

ثانيا : دراسات حول الفروق بين الجنسين فى السلوك العدوانى أو العدوانيه فمنها من تناول جانب محدد من العدوان أو مظهر من مظاهر السلوك العدوانى وبعضها تناول العدوانيه أو العدائيه بصفه عامه ومن امثله تلك الدراسات دراسه (آن فرادى وجاكلين Ann Fradi & Jacquli ١٩٧٧) قاما بمسح شامل لجميع الدراساتالتى اشتملت على اما العدائيه العامةأو مظهر من مظاهر السلوك العدوانى فوجد انها تمثل (٦١٪ من ٧٢ دراسه) ولم يظهر ان الرجال اكثر عدوانيه من السيدات . وفى دراسه آخرى لنفس الباحثان وجد ان اكثر من (٨٠٪) من الدراسات لم تصل فيها الفروق الى الدلالـه التى تقرر ان النساء دائماً أقل عدوانيه من الرجال ووجد ان (٥٤٪) من الدراسات حول السلوك العدوانى اهتمت بدراسهالسلوك العدوانى لدى الرجال فقط ، (٢٤٪ للجنسين) ، (٨٪) للنساء فقط ، (١٤٪) من الدراسات لم تهتم بعامل الجنس .

واكد (باندوره ، ١٩٧٣) على ان ظهور السلوك العدوانى لدى السيدات أقل من الرجال ويرجع الى ان السيدات يملن الى كف الميول العدوانيه بوسائل دفاعيه ويحاربن من أجل عدم ظهورها .

ودراسه (هاتسوزوكا ، وماكيكى وأوجوش ، يوشى Hatsuzuk, Makaki & Ogushi Yoichi ١٩٩١) فى اليابان بمركز دراسات المرأه عن الفروق لبين المراهقين والمراهقات فى العدوانيه واتجاهها باستخدام اختبار الاحباط (لروزنزويج RPFS) لتحديد العدوانيه الداخليه وقائمه (يوتابى جيلفورد للشخصيه Y.G.I) وأوضحت تلك الدراسه ان المراهقين الذكور وجدت لديهم عدائيه خارجيه وداخليه عاليه. والمراهقات حصلن على درجات منخفضه . وأعزوا ذلك الى تعبير الاناث عن العدائيه بطريقة غير واضحه ومعقده فوجد ان العدائيه الداخليه لدى بعض الاناث يتم كبتها ولا تظهر والبعض يعبر عنها بأسلوب غير واضح ولا تظهر سواء بالاسلوب السيكومترى أو الاسقاطى .

وفى دراسه قام بها كل من (جون أركرويكارين ويستمان John Archer & Karin Westeman ١٩٨٧) على مجموعه من اطفال المدارس الابتدائيه من عمر (٦ - ١١ سنه) ولم تتعرض الدراسه للسلوك العدوانى غير المباشر وأظهرت عدم وجود فروق بين الجنسين عند ٦ سنوات وأظهرت الدافع للعدوان عند كلا الجنسين فى السن . وأجريت الدراسه داخل الفصول الداسيه . وأظهرت ان الاختلاف بين الجنسين فى صور السلوك العدوانى فى عمر ١١ سنه وليس فى الدافع للعدوان . والعدوان اللفظى لدى البنات أعلى منه عند البنين والعدوان المباشر المادى عند البنين أعلى منه لدى البنات والفروق داله احصائياً . وعن اتجاه السلوك العدوانى بين الجنسين فوجدوا ان السلوك العدوانى عمر ١١ سنه يتجه نحو نفس الجنس من البنين أو البنات ولم يتجه للجنس المخالف .

وفى دراسه (هاريس وسامبروت Harris & Samerotte ١٩٧٥) عن العدوانيه اللفظيه لدى حالات أو افراد يتطلب عملهم التعامل مع افراد المجتمع المختلفه وتمت الدراسه على البائعين والبائعات فى المحال التجاريه . وتم سؤالهم عن اشياء لشرائها وتم تسجيل طريقه الرفض أو الاستجابه لاستفسارات الافراد عن المشتريات فوجد ان الرجال اكثر عدوانيه لفظيه من السيدات وهذا يختلف عن كثير من الدراسات التى أظهرت ان البنات أكثرعدوانيه لفظيه مثل دراسه (باردويك Barduik ١٩٧١) التى اظهرت ان النات اكثر عدوانيه لفظيه والبنين اكثر ماديه . وتؤكد هذه الدراسه أيضاً على ان الفروق بين البنين والبنات فى السلوك العدوانى يظهر فى شكل أو صوره العدوان كما وضح ذلك (جون أكروكاريه ويستمان) التى سبق شرحها . وأكدوا أيضاً على ان الدافع للعدوان لدى الجنسين واحد ولكن الفرق فى صورة العدوان .

تحديد المصطلحات :

السلوك العدوانى Aggressive behaviour

هجوم أو فعل محدد ان يمكن ان يتخذا أيه صوره من الهجوم المادى والجسدى فى طرف والهجوم اللفظى فى الطرف الآخر وهذا السلوك يمكن ان يتخذ ضد أى شئ أو شخص بما فى ذلك ذات الشخص وأحيانا يكون سلوكاً ظاهرياً مباشراً محدداً وواضحاً وأحيانا آخرى يكون التعبير عنه بطريقه اما اسقاطيه على الآخرين أو البيئه من حوله .

أ : السلوك العدواني المباشر Direct aggressive behaviour

ويقصد به توقيع الأذى أو الضرر بالاخرين أو بالذات ويتم التعبير عنه بطريقة مباشره وواضحه وتشمل العدوان المادي Physicalaggressive ويتم التعبير عنه بطريقه مباشره وواضحه .

ب : السلوك العدواني اللفظي : Aggressive behaviour

ويقصد به الاستجابه اللفظيه التي تحمل الايذاء النفسي والاجتماعي للخصم أو للمجموعه وجرح مشاعرهم أو التهكم بسخريه منهم ويشمل كل التعبيرات اللفظيه غير المرغوبه اجتماعياً وخلقياً (فولدس Foulds ١٩٥٦) .

جـ : السلوك العدواني غير المباشر Indirect aggressive behaviour

هو سلوك عدواني معبر عنه بطريقه صريحه وواضحه ويعبر عنه بطريقه اسقاطيه على الذات أو الاخرين أو ضمنيه تخيليه ويتضمن مسالك المخادعه والكره والوقيعه (سيرز Sears ١٩٦١)

خطوات إعداد الاختبار :

بعد الإطلاع على الكثير من الكتابات الخاصه بالعدوانيه والعدائيه ومقاييسها العربية والأجنبيه لم أجد في أي منها جميع صور السلوك العدواني للأطفال ومنها نظريه (فولدس Foulds ١٩٦٩) الذي اعتبر كلا من العدوانيه دافع واحد أطلق عليه العقابيه العامه (G.P) وهذا المصطلح مستعار من افكار (روزنزويج Rosenzweig ١٩٣٤) وتم بناء على ذلك تصميم استخبار العدائيه

واتجاهها (H.D . H.Q) وهذا الاستخبار يصلح للراشدين وخصوصاً للحالات المرضيه ولا يصلح للأطفال وقننه (محمد الطيب ، ١٩٨٤)

وقائمه بص د يركى Buss Durkee ، ١٩٥٧) للعدوانيه اشتملت على صور مختلفه للسوك العدواني . وتم تقسيم صور العدوان بها طبقاً للأسلوب المستخدم في التعبير عن العدوان وأيضاً لا تصلح للأطفال .

وهناك الكثير من القوائم والاختبارات الخاصه بقياس العدوانيه الظاهره أو الكامنه أو احداهما فقط وقد أكد (سيرس Sears ، ١٩٦١) ان اصطلاح العدوانيه المباشر يشمل كل صور العدوان الواضح التي يقصد بها ايذاء الآخرين أو البيئه المحيطه أو الذات والعدوانيه اللفظيه توضح المتعبير عن العدوان بصوره لفظيه والقسم الثالث وهو العدوانيه غير المباشره وهذا يشمل ويتضمن كل صور التعبير العدواني غير الظاهره أو الظاهره ولا يمكن تصنيفها تحت اللفظيه أو الماديه.

ويتكون الاختبار من الاقسام الثلاثه الآتيه :-

القسم الاول : السلوك العدواني المباشر المادى .

القسم الثانى : السلوك العدواني اللفظى .

القسم الثالث : السلوك العدواني غير المباشر .

وتم استبعاد العبارات التى لم تلقى اتفاق عليها . وأيضاً طلبت مراجعه تصنيف العبارات تحت الأقسام الثلاثه فالمقياس الاول الخاص بالسلوك العدواني العادى

كان اكثر العبارات عدداً (٢٠ عباره) وتم حذف بعض العبارات وتحويلها الى السلوك العدواني غير المباشر حتى وصل عدد العبارات بهذا المقياس الى ١٤ عباره ومقياس السلوك العدواني اللفظى كان عدد العبارات به (١٧) عبارة وتم حذف عبارتين منها والعباره الثالثه تم تحويلها الى مقياس السلوك العدواني غير المباشر . وبذلك وصل عدد العبارات على كل مقياس (١٤) فقره وتم استخراج معاييره وتم حساب الصدق والثبات بطرق عده وتم نشره .

* * منشور فى مكتبه الانجلو المصريه .

العدوانيه لدى كل من الرجل والمـرأه

شاع دائما افتراض مؤاده أن الرجال دائما أكثر عدوانيه جسديه وماديه عن الاناث والسيدات والأناث يزيحـن العدوانيه الى صور غير مباشره أخرى بدلا من التعبير الصريـح عنها وكل من الرجال والنساء يتفاعل وله رد فعل للسلوك العدواني ولكن الاختلاف فـي الاستجابـه وليس في مصدر السلوك العدواني وأحياناً بعض العلماء يعزيهـا الى دور الجنس وتظهـر الفروق الجسديه بين كلا الجنسين في الاستجابـه للعدوان الخارجـي بينما الرجال يثورون ويغضبـون ويثير العدوان الجسدى واللفظي لـدى النسـاء القلق والغضـب .

وسنوضح هنا الآراء في مظاهر السلوك العدواني بين الجنسـين .

أظهر العديد من الباحثين الاختلاف في حجم العدوان الجسدى (المادى) لصالح الرجال أمثال (ايرون و حسمـان ولينيـون) .

١٩٧٧ Erom, Huesman, Lefkoueits & Malder

ويتميز الرجال بزياده العنف .

ورغم ذلك يعرف أن النساء لديهـن خاصيه القدره على سكون العدوان على سبيل المثال تتساوى السيدات مع أزواجهـن في أمريكا في حوادث العنف المرتبطـه بالاسـره .

وهناك دراسات أظهـرت أن النساء أكثر اساءه للأطفال من الرجـال (جيلـس Gells ١٩٧٣م)

وعلاوه على ذلك ارتفاع نسبـه حـدوث حـوادث العنف بين النسـاء الأصغـر في السـن ولكنهـا لم تصـل الى مستـوى المشكلـه (فوبلت وبسبوركارت No Beilit& Burcart ١٩٧٦م) ولكن الادوار الخاصـه بالمرأه تغيرت في الكثير من المجتمعات ويتبع السلـوك العدوانـي ثوره واثاره للغضب لدى النسـاء .

وهناك دليل آخـر على ان النساء لديهن عدائيـه وعدوانيه مباشره مثل الرجـال وبالبحث في التراث السيكولوجي فـي (٧٢) دراسـه مشتمله على مقاييس لصور وأشكـال

السلوك العدوانى وأيضاً على مقاييس للعدائيه العامه وجدا ان (٦١ ٪) لم يظهر ارتفاع العدوانيه فى كل الحالات لدى الرجال عنه لدى السيدات ويفترض معظم الباحثين فى البدايه دائماً ان الرجال أكثر عدوانيه من السيدات مما يؤثر على تأويله لنتائجه وخصوصا لذا كان البحث قائم على البحث فى الديناميات ويستخدم السيكولوجيون الرجال كعينه للأبحاث فى ابحاثهم بأعدا كبيره أكثر من النساء ففى (٣١٤) دراسه تجريبيه اهتمت (٥٤ ٪) منها بالرجال فقط ، (٢٤ ٪) منها بالجنسين ، (١٨ ٪) بالنساء فقط ، (١٤ ٪) غير مميزه لنوع الجنس . أو لم تحلل الفروق الجنسيه .

وقد جمع (مككسينيا ويتسلبر ١٩٧٣) مجموعه من الدراسات اهتمت بالانماط السلوكيه والأدوار الخاصه بالسيدات فى تحليل النتائج أكثر من الرجال ، وفى (٣٣) دراسه وجد (٢٧ ٪) للرجال فقط ، (٢٧ ٪) للجنسين ، (٣٣ ٪) للسيدات فقط ، (١٢ ٪) لم تهتم بأثر الجنس ومعظم حالات النساء ، التى تم التطبيق عليها يقومن بأدوار اجتماعيه وأنماط أنثويه تحقق الجاذبيه الاجتماعيه وبين الشخصيه مثل البائعات فى دراسه (مككسنيا) .

والمظهر السلوكى العدوانى عند كل من الرجال والنساء يرجع للتفاعل بين مجموعه عوامل . والاختلاف يرجع للديناميات المسئوله عن ظهور صوره العدوان .

تعريف العدوان :-

أشهر (أوضح تعريف للعدوان هو تعريف (بركوتيز Berkcwits) هو السلوك الذى يقصد به ايذاء شخصى أو موضوع . والعنف هو حاله انتقاليه مستنتجه من التعرض للاحباط وبالتالى يخلق الاحباط الاستعداد للأفعال العدوانيه والدراسات السابقة فى مجملها وصف للعدوانيه الجسديه (الماديه) فى مقابل

اللفظيه والمباشره فى مقابل غير المباشــــره .

والعدوان المادى : هو أى استجابه تؤدى أو تنوى الضرر المادى والجسدى أو الألم الجسدى فى الضحيه أو تدمير موضوع ما . والاستجابه الجسديه أخذت الاهتمام

والعدوان اللفظى حدد بأنه الاستجابه اللفظيه يقصد بها الايذاء النفسى الاجتماعى لفرد آخر أو ايذاء المشاعر أو تقييمه بطريقه سلبيه فى آدائه أو اهانته وقد يتسبب فى فقده لوظيفته أو عدم حصوله على جائزه محدده .

والمفروض ان يتضمن السلوك العدوانى التخيلات العدوانيه لكل من السلوك العدوانى اللفظى والجسدى فى قوائم قياس السلوك العدوانى . والتفريق بين العدوان المباشر وغير المباشر سواء أكان لفظيا أو جسديا أ ماديا اذا تم التعبير عن وجها لوجه أم بطريقه غير مباشره مثل التقييم السلبى للاشخاص المعتدى عليهم من شخص آخر أو عقاب أدبى أو نقد للآخرين والبعض اطلق عليه عدوان insitutional اجتماعى أو موقفــى
ولكن يفضل استخدام عدوان غير مباشــر .

الحاله المزاجيه للاستجابــه :- Modeof Response

اهتمت اغلب التحديات للفروق الجنسيه فى السلوك العدوانى بالمزاج المصاحب والسابق المتاح للاستجابه للحالات فى مواقف خاصه ويقرر (بص Buss) أنه لاحظ ذلك فى العدوان الجسدى وليس فى اللفظى . واذا قرأ التراث السيكولوجى بعنايه فى دراسات السلوك العدوانى للأطفال وجد ان بدايه المسالك العدوانيه وظهورها ترجع الى المزاج العدوانى أكثر من الواقع للعدوان مع الاولاد . ويظهر لديهم استعداد للعدوان الجسدى أكثر من البنات ويعزى (باندورا) ذلك بصفه

اساسيه الى الفروق الاجتماعيه فى المسموحات لكل جنس من السلوكيات وعلى العكس من ذلك قرر (ماكوبى ، وجاكلين Maccoby & Jakl in ١٩٧٤م) ان ما يقرره باندورا لا يدعم بالادله .
وان دراسات (ماكوبى ، وجاكلين) كانت على الراشدين فقط .

تفضيل الاستجابه Response Preference

ليس هناك نظريه أو مدخل منهجى تتبع دراسه نمط الاستجابه المفضل للعدوانيه أو لاثاره العدوان لدى الراشدين ، وتميل النساء مثلا الى العدوانيه اللفظيه والاجتماعيه على الرغم من ان العديد من الدراسات اهتمت بذلك لدى الجنسين . ووجد كل من باند و وجونسون) ان الرجال أكثر عدوانيه من السيدات عند اثارتهم . ودرس (هاريس Harris ١٩٧٤٠) رد الفعل لمجوعه من السيدات تتساوى مع مجموعه الرجال يقفون فى طابور واحد فى محاوله طلب واحد (مثل شراء بعض الاحتياجات) ووجد ان السلوك العدوانى اللفظى يتساوى لدى المجموعتين ولكن السلوك العدوانى اللفظى لدى الرجال أقوى منه لدى السيدات .

وفى دراسه (هيدريك Hedreik) ومن العديد من الدراسات السابقه يتضح ان النساء الغاضبات يملن الى العدوان الجسدى (الفيزيقى) أكثر من الرجال . ويكون اكثر عدوانا لفظيا من الرجال الغاضبين . ويرجع ذلك الى ان الغضب يولد لديهن الخوف والعدوان أكثر من الرجال ، ونقدم هنا أنماط الاستجابه لمحاوله للوصول الى تقييم أكثر دقه .

العدوان المادى المباشر للحالات الغاضبه :-

يوجد بعض الدراسات البسيطه التى أثبتت وجود فروق داله بين الجنسين باستخدام الحالات الغاضبه ، جابلين ١٩٧٣م)

سجلت فروقاً بين الجنسيين ومعظم الدراسات من هذه الفئه لم تتوصل الى فروق رغم استخدامها لمجموعه ضابطه غيرنماطيه . ولم يظهر منها فروق بين الرجال الغاضبين والسيدات الغاضبات .

العدوان المادى المباشر للحالات غير الغاضبة

أظهرت الدراسات من هذا النوع (٩ دراسات) وجود فروق أساسيه وأظهرت (٥ دراسات) وجود تأشير للجنس فى حالـه واحده (جنترى Gentry ١٩٧٢م والدليل على تفضيل الاستجابه أن ظهور الفروق الجنسيه تظهر فى السلوك العدوانى واضحه اذا قيست وجها لوجهه . وفى دراسات ثلاث ظهر ذلك ودراستين لم يظهر فروق بين الجنسين .

العدوان اللفظى المباشر للحالات الغاضبه .

أظهرت أقل من نصف الدراسات على العدوان اللفظى أو العدوان الرمزى الذى يستخدم الحالات الغاضبه أظهرت فروقاً جنسيه وبعض الدراسات الآخرى بل أغلبها رغم استخدامها لمجموعات ضابطه لم تظهر فروق .

العدوان اللفظى المباشر للحالات غير الغاضبه :

يوجد دراسه واحده قام بها (هاريس وساميروت) لقياس العدوان اللفظى وآداء التعبير العدوانى بين الحالات غير الغاضبه ووجد الرجال أكثر عدوانيه من السيدات على السلوك العدوانى اللفظى .

العدوان اللفظى غير المباشر للحالات الغاضبه :

فى الكثير من الدراسات ظهر أن الرجال أكثر عدوانيه من النساء رغم ان هذه

الدراسات لم تشمل العدوان الجسدى (العادى) ورغم أن هناك عديد من الدراسات لم تثبت ان الرجال أكثر عدوانيه من النساء .

وبالاضافه الى ذلك يوجد (٥ دراسات) للسلوك العدوانى أو العدائى لحالات أشيرت بالفشل أو الاحباط أو المثير الجنسى أو النمذجه للسلوك العدوانى أو الازدحام . أظهرت أربع دراسات منها ان الرجال أكثر عدوانيه من النساء وأظهرت دراسه منهم عدم وجود فروق بين الجنسين باستخدام الاختبارات الاسقاطيه واختبارات التقرير الذاتى . لمشاعر العدائيه . والدراسات التى سجلت فروق العدائيه أو العدوانيه العامه فروق تختلف فى وسيله القياس وطريقه الاشاره والسيدات يميلن الى ازاحه العدوان .

هذه المجموعه من الدراسات لم تخص نوع محدد من السلوك العدائى أو العدوانى ولكن العدوان أو العداء بصفه عامه أى كسلوك افتراض واعتبارهما كسمه من سمات الشخصيه . ونفترض فى النهايه ان الافتراض الشائع دائما عن أسس الفروق الجنسيه فى السلوك العدوانى أن الرجال احيانا أكثر عدوانيه ولكن ليس عاده أو دائما .

دور الجنس فى اتجاه العدوان

أظهرت اغلبيه الدراسات ان كلا من الرجال والنساء يتصرفوا بصفه عامه بتوجيه عدوانيه اقل تجاه النساء سواء الرجال أم النساء عنه تجاه الرجال وان العدوان لدى النساء يولد مشاعر الذنب أكثر .

وعموما يرجع الاختلاف بين الجنسين ليس فى الدافع الى العدوان ولكن فى صورة التى يظهر عليها العدوان . ويثير العدوان قلقا وخوفا أكثر عند النساء وكما يرتبط بكل منهما وكذلك مشاعر الذنب . والمثير الذى يثير القلق ومشاعر الذنب لديهن يثير العدوان الجسدى لدى الرجال .

والدراسات السابقة على الراشدين من الجنسين ولكن نقدم هنا دراسات آخرى حول الاختلاف في صور السلوك العدواني بين البنين والبنات ومنها دراسة (جون آركير وكارن John Ar eler & Karin ١٩٨٧م) على اطفال في المرحلة الابتدائية (٦ - ١١) سنة . وتناولت الدراسة السلوك العدواني غير المباشر . وأظهرت عدم وجود فروق بين الجنسين عند عمر (٦) سنوات وأظهرت الدافع للعدوان عند كلا الجنسين في هذا السن وأجريت الدراسة داخل الفصول الدراسيه . وأوضحت ان الاختلاف بين الجنسين في صور السلوك العدواني في عمر ١١ سنة وليس في الدافع للعدوان . والعدوان اللفظي لدى البنات أعلى منه عند البنين . والعدوان المباشر المادى عند البنين أعلى منه لدى البنات - والفروق دالة احصائيا . وعن اتجاه السلوك العدواني بين الجنسين فوجدوا ان السلوك العدواني في عمر (١١) سنة يتجه نحو نفس الجنس من البنين أو البنات . ولم يتجه للجنس المخالف .

وفي دراسة لسى عن السلوك العدواني لدى البنين والبنات من اطفال دور الرعايه الاجتماعيه متوسط عمر زمني (١٢) سنة . وتهدف الدراسه الى الكشف عن صور السلوك العدواني لدى البنات والبنين بدور الرعايه الاجتماعيه من حيث الدرجه الكليه للعدوان أو العدوان المباشر والعدوان اللفظي وغير المباشر . والفروق بين الجنسين . وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائيه بين متوسط درجات مجموعة البنين والبنات لصالح البنين في الدرجه الكليه للسلوك العدواني ويتفق مع دراسة (هاتسو زوكاو وآخرون Hatsuz uka et al ١٩٩١) .

حيث تفوق البنين على البنات في العدائيه الخارجيه بطريقة غير واضحه ومتعدده ولا يظهر سواء بالاسلوب السيكومترى أو الاسقاطي .

وظهرت الفروق لصالح البنين في كل من العدوان المباشر المادى وغير المباشر

أى ان السلوك العدوانى بصوره الثلاث يتم التعبير عنه بطريقه مباشره جسديه أو لفظيه . وهذا يوضح كبت العدوان وعدم التعبير عنه بشتى صوره لدى البنات (من أطفال دور الرعايه الاجتماعيه) وظهر البنات بيد وأقل تعبيرا من الناحيهالانفعاليه ومسايره (أكثر انسحاباً . وأيضاً هذه النتيجه توضح اتجاه العقابيه لدى البنين خارجيا وداخلياً . وهنا خطر يجب التنبيه اليه فبعد سنوات قليله ينخرطوا فى المجتمع وتظهر الآثار السلبيه لهذه العقابيه من هذه الفئه نحو المجتمع ونحو انفسهم .

ومن الدراسات التى تناولت علاقه السلوك العدوانى بالجنس (دراسه مرزوق عبد الحميد مرزوق ١٩٩١٠) عن الفروق بين الاطفال فى ادراك العدوانيه وأظهرت الدراسه عدم وجود فروق فى ادراك السلوك العدوانىنتيجه لاختلاف الجنس، ولكن توجد الفروق نتيجه لاختلاف العمر الزمنى .

ومن كل ما سبق نستخلص ان الدافع للعدوان موجود ولكن الاختلاف يرجع لطريقه التعبير عنه . وفق مجموعه محددات آخرى مثل الموقف ، الحاله المزاجيه للفرد انتقاء الاستجابه أو تفضيلها النواحى الهرمونيه والبيولوجيه تحتاج الى التدقيق أكثر ، والبحث عن اسباب العدوان والعنف . والمهم فى دراسه العدوان معرفه اتجاهه للداخل لنفس الفرد أم للخارج من نفس الجنس أو من جنس مخالف . وهل العدوان يتجه الى مصدر الاثاره أويتم ازاحته للسلوك العدوانى (وخصوصاً لدى السيدات والاناث) كما لوحظ سابقاً أن اتجاه العدوان نحو السيدات سواء من جانب الرجال ام السيدات يكون اقل حده عما يوجه فى اتجاه الرجال سواء من الرجال أو السيدات ولا يكفى الجنس وحده فى تحديد تفوق أى صوره من صور العدوان أو العقابيه العامه أو العدائيه .

ويلاحظ في العديد من الدراسات تفوق الجوانب السلبيه في شخصيه الطالبات عنه لدى الطلبه منها دراسه مشاعر الذنب وجدت الفروق بين الجنسين لصالح البنات بدرجه داله ومرتفعه (آمال عبد السميع باظه ١٩٩٤) ٠

وفي دراسه آخرى (١٩٩٦) عن الوجدانات الموجبه والسالبه لطلاب وطالبات كليات التربيه وجدت فروق داله احصائياً لصالح الطالبات في كل من مقياس الحزن ومشاعر الذنب والعدائيه والخوف من السنه الاولى حتى الرابعه وخصوصاً مقياس الحزن والخوف ومشاعر الذنب وبذلك يتضح مدى ما يحتاج اليه الاناث من حمايه وتعديل وسائل الرعايه والتربيه الخاصه بالاناث .

الآثار السلبيه للعنف الذى تتعرض له الاناث والسيدات

شاع افتراض مؤداه أن الرجال دائماً أكثر عدوانيه جسديه وعنفاً عنه لدى السيدات والاناث . وهو ما أثبتته العديد من الدراسات حول تفوق الرجال على السيدات فى التعبير عن العدوانيه . ورغم أن الدافع للعدوان والعنف بشتى صوره يوجد لدى الجنسين الا أن التعبير عنه باختلاف الجنس . فالاناث والسيدات لديهن القدره بل وخاصيه كبت العدوان والتعبير عن الغضب بازاحته الى صوره أخرى تعبّر مرضيه وسلبيه وتتكون هذه الخاصيه من قائمه المسموح وغير المسموح به من السلوكيات من وجهه نظر اجتماعيه والتفريق بين الأولاد والبنات بالاضافه الى الخوف الدائم عليهن من وقوع اعتداء أو اختطاف أو خلافه من حوادث العنف المعروفه تجاه الاناث والسيدات ومن مصادر العنف التى توجه لهن مصادر ذات علاقه قرابه مثل الزوج أو الأخ أو أحد افراد الأسره (الأم - الأب) ولها آثارها السيئه على حياتهن المستقبليه . مجال العمل ومضايقاته ومن أفراد المجتمع ومن مصادر العنف تراكم حاله العدائيه لفترات طويله ابتداء من كبح الرغبه فى التعبير الانفعالى عن مطلب أو حاجه من الحاجات النفسيه اللازمه للتكيف مع المجتمع ومع الذات الى توجيه الاعتداء البدنى والعقاب الجسدى .

ومن الآثار السلبيه للعنف :-

* انتشار الأمراض النفسجسديه (السيكوسوماتيه) مثل الصداع النصفى الذى تبلغ نسبه انتشاره بين السيدات والاناث ضعف النسبه لدى الرجال . وتعتبر هذه الفئه من الأمراض ناتجه عن المعاناه النفسيه والضغوط لفترات طويله كما يعتبرها البعض عدائيه موجهه للذات .

* أثبتت الكثير من الدراسات ان السيدات والاناث أكثر شعورا بالذنب ومعاناه للقلق والخوف والحزن مقارنه بالرجال وهذه المجموعه من الوجدانات السالبه تؤدى الى الاكتئاب الذى يكثر نسبته لدى السيدات والاناث ويؤدى الى الانتحار فى اقصى صوره .

* الاساءه للأطفال وهذه صوره من صور ازاحه العدوان والعنف فبدلا من الـــــرد بالمثل على مصدر العنف والعدوان يتم توجيـــه مقابل العنف والعدوان الى ضحيـــه أخـرى وهى الأطفال ففى بحث جديد فى أمريكا وجد أن السيدات أكثر اســـاءه فى معامله الأطفال من الرجال .

* الابتعاد عن الاســره الوالديه أو الزوجيه مثل المصـروب أو الطـلاق وما يترتــــب على ذلك من آثار سئيـه لهـا ولأسرتيهمـــا .

* انخفاض تقدير الذات وتكوين مفاهـــيم سلبيه عن امكانياتهـــن مما يؤدى الى انخفـاض الدافعيـه للعمـل والتطويـــر والابتكار بالتعليم عن طريق القدره والمحاكاه النموذجيه يتكون لدى الاطفال هذه المفاهـيم السلبيـه عن الذات والمجتمع والمستقبـل وخصوصاً الانـــاث منهــــم .

مشاعـــــر الذنـــــــب

يشعر الانسان عادة بضرورة مراجعة نفسه ومحاسبتها عما قامت به من سلوكيات أو عن أحاسيس ومشاعر ومعتقدات، ويصاحب هذه العملة آلام ومعاناه أو رضا وارتياح كل حسب ما سبقه من عمل أو شعور أو بلغة التحليل النفسى مراقبة الأنا العليا لكل من الهو والأنا. ومهما كان الانسان على قدر من الاتزان الإنفعالى والسوية لابد من ارتكابه بعض الأخطاء أو شعوره بالخطأ ولوم الذات ومحاسبتها. وهذه تعتبر ظاهرة صحية إذا كان الشعور بالذنب أو الخطأ واقعى ويرتبط بالإتيان بأخطاء محددة نحو الذات أو الأخرين أو البيئة من حول الفرد. والشعور بالذنب ضرورة تهذيبية كى يقلع الفرد عن أخطائه ولكن لا يصل إلى حد الشعور بالذنب الوهمى الذى يعرقل تفكير الفرد ويضخم الأخطاء كما هى لدى مريض الاكتئاب فهى العامل الأساسى فى تشخيص الاكتئاب وهذا العامل هو المميز لمرضى الاكتئاب عن بقية الاضطرابات الأخرى. توجد مشاعر الذنب الوهمية لدى بعض المرضى الذهانيين عن أخطاء لم يرتكبوها. فقد وجد (**دارفيل وآخرون Darvill et al. ١٩٩٢**) ترابط بين الذهانية ومشاعر الذنب. والذهانية في تلك الدراسة هى بعد من أبعاد الشخصية عند «أيزنك» وتظهر مشاعر الذنب العالية فى صورة عقابية مرتدة للذات واستخدم (**فولدس.Foulds**) لفظ العقابية الداخلية والخارجية. واعتبر العقابية الداخلية تتضمن لوم الذات والشعور بالذنب وعلى هذا الأساس أعد (**فولدس Foulds , ١٩٥٧**) مقياس للعدائية و اتجاهها (HDHQ) ، ورغم أن مشاعر الذنب من المتغيرات النفسية ذات الأهمية الخاصة للحالات المرضية والاضطرابات النفسية إلا أنها لم تلقى الاهتمام الكافى فى الدراسات النفسية حتى الآن وبالتحليل العاملى لاختبار القلق كسمة وجد عامل خاص بمشاعر الذنب (**عبد الرقيب البحيرى. ١٩٨٢**). ويعتبر الشعور بالذنب

ضمن العوامل الأساسية فى اختبار «بيك» "Beck" للاكتئاب واختبار «هاملتون "Homelton وهما على الترتيب Investory Hamelton Rating Scae for (Depression Eeck Depression). كما تظهر مشاعر الذنب فى صورة مرتدة للذات تدميرية كما عبر عنها (ستودتStudt ، ١٩٨١) لدى المرضى السيكوسوماتيين وتم تناول مشاعر الذنب كمتغير سالب التأثير على الشخصية مع مجموعة من المتغيرات التى حددها (واطسنWatson ، ١٩٨٥) وأطلق عليها المؤثرات الانفعالية السالبة (Negative Affective (NA وهى الخوف والشعور بالذنب والعدائية والحزن واعتبر هذه المؤثرات مسئولة عن ظهور الاضطرابات والأمراض النفسية.

واذا نظرنا لتلك المؤثرات وجدنا أن دور مشاعر الذنب مضاعفا فهو كعامل منفصل ثم ضمنيا في العدائية حيث أن العدائية الداخلية حسب اختبار (HDHQ) تشتمل على قسمين لوم الذات، الشعور بالذنب.

ومشاعر الذنب يتم تعلمها فى مرحلة الطفولة من الآباء والأمهات والمشرفين على تربية الطفل وخصوصاً من الأمهات المكتئبات. ويرجع ذلك إلى ارتفاع درجة الشعور بالذنب لديهن كما فى دراسه .(زاهن ووكسلر وكارولين ,Zahn Waxler Carolyn. ١٩٨٩).

وترتبط مشاعر الذنب بالخجل كما في دراسة (فيهر وستامبس Fehr& Stamps ،١٩٧٩) وبما أن مشاعر الذنب تعتبر متغير من متغيرات دراسة الشخصية وينظر لها كمؤشر من المؤشرات الدالة على السوية أو المرض. ويمكن تمثيل مستويات مشاعر الذنب بمتصل يمثل بثلاث مستويات لمشاعر الذنب وما تؤدى إليه ارتفاعا أو انخفاضا.

مشاعر ذنب منخفضة وتستدل على اللامبالاة وعدم الشعور بالمسئولية تجاه الآخرين والذات. الانفصال عن الواقع	مشاعر ذنب طبيعية تتضمن الرغبة فى الإصلاح وتؤدى إلى التكيف مع الذات والآخرين	مشاعر ذنب مرتفعة تصل إلى درجة توهم الخطأ وتصحبه مثل مرضى الاكتئاب وتؤدى إلى الانسحاب وانخفاض تقدير الذات

ويرى كل من (فريدمان ومبورس Freedman & Mauric . ١٩٩١) أن مشاعر الذنب تتكون وتنمو لدى الفرد من علاقته بالآخرين وإدراكه للموقف المثير للذنب أو المشاعر المرتبطة به أو التوحد مع شخص يعانى من الشعور بالذنب.

الشعور بالذنب Guilt Feeling

يعرف (احمد عزت راجح، ١٩٧٧) الشعور بالذنب أو وخز الضمير هو الألم الذى ينجم عن قيام الفرد بعمل لا يرضاه ضمير. وسواء كان هذا العمل خلقيا أو دينيا أو اجتماعيا شعور سوى ذو قيمة تهذيبية للفرد. تثيره مثيرات محددة يعرفها الفرد ويدركها بوضوح كالتورط فى علم غير مشروع أو الاتيان بقول أو فعل خاطئ. غير أن هناك شعور بالذنب غير معروف المصدر هائم طليق كالقلق العصابى. وكثيرا ما يقترن بالقلق واستحقارها الذات أو الاشمئزاز منها. نترى الفرد لا يعفر لماذا يشعر بالذنب وينتابه شعور غامض موصول بأنه مذنب آثم حتى إن لم يكن أذنب أو أتى شيئا يستحق عليه العقاب أو يلوم نفسه على أمور لا تستحق اللوم ويرى في أهون أخطائه ذنوبا لا تغتفر.

ويرى (صلاح مخيمر. ١٩٧٩) أن الشعور بالذنب هو قلق تجاه الأنا العليا. والدافع لهذا القلق هو الحاجة إلى البراءة والضمير الخلقى هو المرجع من حيث الشعور بالاثم أو تقدير الذات (البراءة).

وبعد الاطلاع على العديد من تعريفات الشعور بالذنب .

نقدم التعريف الآتى :

الشعور بالذنب هو ألم نفسى داخلى يشعر به الفرد داخليا أى حوار داخلى بين الفرد وذاته وبلغة التحليل النفسى بين الأنا والأنا الأعلى على أنه مخطئ أو ارتكب ذنوبا وآثام. وأحيانا تكون هذه المشاعر وهمية مبالغ فيها لا ترتبط بخطئ واضح أو واقعى وينظر الفرد أحيانا إلى أخطائه وكأنها لا تغتفر ويتوهم أن

المحيطين به بعلموها جيدا وتؤدى إلى تحقير الذات والاشمئزاز منها. وأحيانا أخرى يقل الشعور بالذنب لدرجة عدم المبالاة وتحمل المسئولية. يرتبط الشعور بالذنب إما بأخطاء تتعلق بالمحيطين بالفرد أو نحو ذاته وحياته الخاصة.

ولا توجد دراسة عربية واحدة تناولت مشاعر الذنب لدى أى عينة من الأفراد سوى دراسة عن الخجل قام بها (حسين الدريني. ١٩٨١) ووجد ارتباط بين الخجل ومشاعر الذنب واعتبر مشاعر الذنب من صفات الشخص الخجول.

وتناولت الدراسات والبحوث الأجنبية الشعور بالذنب فى ثلاثة اتجاهات :-

أولاً: دراسات تناولت مشاعر الذنب لدى فئات مرضية مثل :

- **دراسة (فريدمان وكابلان Freedman & Daplan ١٩٨٢).**
  اللذان قاما بتسجيل مشاعر الذنب لدى الفصاميين والمشاعر المتجهة نحو الآخرين ووجدا أن مشاعر الذنب تقل لدى الفصاميين عنه لدى الأسوياء مع عدم تغير المشاعر نحو الآخرين عنه لدى الأسوياء وهذه الدراسة لم تميز بين فئات مرضى الفصام.

- **ودراسة (ذاهن ووكسلر وكارولين Zahen, Waxler & Carolyn**
  ١٩٩١) قاموا بمقارنة مشاعر الذنب لدى (٣٣) مريض عصاب قهرى، (٢٤) يعانون من القلق وتم تحديد مستوى التدين للعينتين. وأظهرت النتيجة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى العصاب القهرى والقلق من حيث مستوى الشعور بالذنب لصالح حالات القلق. ويوجد ترابط بين درجة التدين العالية ومشاعر الذنب لدي مرضى العصاب القهرى. أى أن مرضى العصاب القهرى ذوى درجة التدين العالية هى الفئة التى ظهر فيها مشاعر الذنب بدرجة مرتفعة عن بقية الفئات.
  هذه الدراسة أظهرت أن مرضى القلق لديهم مشاعر ذنب مرتفعة.

ودراسة (دارفيل وتوماس وجوهنسون ورونالد ودانك جورج Darvill, Thomas, Johnson, Ronald, C. &Dank George ١٩٩٢). عن مشاعر الذنب وعلاقتها بكل من العصابية والذهانية والقلق الاجتماعي لدى (٩٦) طالب جامعي. وأظهرت الدراسة ارتباط موجب بين الذهانية ومشاعر الذنب ولا ترتبط العصابية بمشاعر الذنب.

ويلاحظ أن هذه الدراسة تناولت العصابية والذهانية كبعدين على قائمة (أيزنك للشخصية) وليست كحالة مرضية.

ثانياً: دراسات تناولت مشاعر الذنب وعلاقتها ببعض المتغيرات فى الشخصية :

- دراسة (بينتو ومارى وبرست وسيوسان Pinto, Mary, Priest & Susan ١٩٩١.) عن العلاقة بين مشاعر الذنب لدى السيدات العاملات وكل من الغضب والسعادة تم تطبيق الإختبارات الخاصة على (٤٦) سيدة عاملة يتراوح العمر الزمنى بين (٢٤-٤٨ سنة) ووجدوا ارتباط بين مشاعر الذنب العالية وكل من الغضب وعدم السعادة.

دراسة (بينو ومارى ووروبيتز دان Pinto, Mary Worobetz & Dan ١٩٩٢.) عن علاقة مشاعر الذنب بكل من تقدير الذات ووجهة الضبط لدى الأمهات العاملات وغير العاملات (٥٧) أم عاملة ومقارنتهن بأمهات غير عاملات ويتراوح العمر الزمنى بين (٢٨-٥٩ سنة) أظهرت النتيجة وجود ارتباط سالب بين تقدير الذات وكل من الضبط الداخلى ومشاعر الذنب. ولم تظهر فروق بين العاملات وغير العاملات فى المتغيرات الثلاثة.

وهذا البحث يوضح انخفاض تقدير الذات لدى مرتفعى مشاعر الذنب.

دراسة (بيبى وجانى وزجلير وأدوارد Bybee, Jane, & Zigler Edward ١٩٩١.) عن مشاعر الذنب لدى فئات من الأطفال فى

علاقتها بصورة الذات. ووجدا أن مشاعر الذنب تنتج من اضطراب العلاقة بين الذات الواقعية والذات المثالية.

وهذا يتشابه مع فكرة التحليل النفسى من نشأة مشاعر الذنب كقلق تجاه الأنا العليا من جانب الأنا.

- دراسة (واطسن ودافيد كلارك لى& Wastson, David, Cark Lee .١٩٩٢) عن الوجدانات الإيجابية والسلبية فى الشخصية. والوجدانات هنا هى مجموعة من الانفعالات ذات التأثير السلبى أو الإيجابى وتم تصميم مقاييس للمؤثرات السلبية وهى الخوف، الحزن، العدائية والشعور بالذنب وتم ترتيبها حسب وجودها مع كل الاضطرابات النفسية المعروفة.

وقد سبق توضيح أن الشعور بالذنب جزء من العدائية الداخلية (العقابية الداخلية) بتعبير كل من «روزنزويج» و«فولدس». ويرتبط الحزن وعدم السعادة مع مشاعر الذنب للألم الناتج عن تلك المعاناة النفسية كما فى دراسة (بنتو ومارى وبيرست وسيوسان. ١٩٩١).

ثالثاً: دراسات تناولت الكشف عن مشاعر الذنب وتقديرها:

- دراسة (مككسينا وكيسلير McKenna & Kessler .١٩٧٧) وهى دراسة مسحية من (١٩٧٣ إلى ١٩٧٧) عن الدراسات التى اهتمت بتناول مشاعر الذنب وقياسها فوجدا (٣٣) دراسة منها ٢٧٪ اهتمت بمشاعر الذنب لدى الرجال، (٣٣٪) للنساء، (٢٧٪) للجنسين معا، (١٣٪) لم تهتم بأثر الجنس.

ويظهر من هذه الدراسة أن مشاعر الذنب لدي النساء أخذت اهتمام أكثر

فى علاقته مع الآخرين والظروف البيئية من حوله. وتخفى هذه الدراسة مشاعر الذنب اللاشعورية واعتمدت على أسلوب التخييل للكشف عنها. وأعزت الدراسة مشاعر الذنب اللاشعورية إلى الأفكار والاعتقادات الخاطئة مثل الأخطاء الدينية أو تدنيس الأماكن المقدسة أو ارتكاب أخطاء ذات طابع اجتماعى.

هذه الدراسة بالاضافة إلى دراسة (**ذاهن وركسلر وكارولين.١٩٨٩**) أكدت على تكوين مشاعر الذنب لدى الأطفال فى المراحل الأولى من حياتهم.

- دراسة (**فريدمان وميوريس**Freedman & Maurice. ١٩٩١) عن مشاعر الذنب غير الظاهرة والموجودة فيما بين الشعور واللاشعور ولكن لا تظهر بصورة واضحة لدى الأفراد. ولكن يشعروا بالألم المصاحب لهذا الشعور ولكى تظهر هذه المشاعر وتصبح ظاهرة تمر بثلاث مراحل :

١- تحديد العملية المعرفية التى من خلالها تم تكوين مشاعر الذنب.

٢- يحدد الفرد الحامل للذنب الفرد الآخر المشترك معه فى موقف حدوث الذنب.

٣- يأخذ الفرد اتجاه نشط إجرائي نحو العالم الخارجى للتخلص من هذا الشعور بناءا على ما تم فى الخطوتين ١، ٢.

- دراسة (**كيجلير وكارين وجومس وارين** Kugler, Karen, James & Warren. **١٩٩٢**) عن تحديد مفهوم الشعور بالذنب وتقديره وذلك بعد حصر (١٠٤١) دراسة تم تناول مشاعر الذنب فيها فى ثلاث اتجاهات رئيسية وهى :

١- اعداد قائمة لقياس مشاعر الذنب فى علاقته بالمعيار الأخلاقى.

٢ - دراسة العلاقة بين مشاعر الذنب والخزى وغيرها من الانفعالات السالبة لكشف المزيد عن الشعور بالذنب كسمة وكانفعال سالب .

٣- مقارنة مقاييس الشعور بالذنب مع غيرها من مقاييس الشعور بالخزى والمعيار الأخلاقى.

- دراسة (بوجى وتيموثى بيري ناثان ورانس جارى نيشلر Bogy, Timothy, L. Perry Nathan, Rancy& Cary Fischeler, ١٩٩١) للكشف عن مشاعر الذنب الكامنة لدى مجموعة من مرتكب الجرائم (٤٠٠ فرد) من مدينة نيويورك. وتم عرض فيلم مسجل لهم عن مواقف لمشاعر الذنب لبعض فئات من مرتكبى الجرائم. وبعد تطبيق اختبار تكملة الجمل سجل ٧٨٪ من الحالات مشاعر ذنب عالية. وبعد فترة سجلوا ٧٣٪ منهم مشاعر ذنب عالية أيضا.

اختبار مشاعر الذنب إعداد

- طلبت من طلاب وطالبات السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ (٥٥٠) طالب (٣٥٠) طالبة بكلية التربية بكفر الشيخ جميع الشعب كتابة وصف لمشاعر الذنب لدي الفرد. وعدم كتابة أسمائهم حتى يترك لهم حرية الوصف والتعبير. وتم تحديد درجة تكرار كل وصف من الأوصاف على هيئة بنود وتم حذف البنود التى لم تلقى تكرارا حتى وصل عدد عبارات الاختبار إلى (٨٥) بندا.
- تم عرض الاختبار في صورته الأولية على طلاب الدبلوم الخاص السنة الثانية بعد شرح معنى الشعور بالذنب لهم وتم استبعاد العبارات التى لم تلقى اختيار منهم بدرجة كافية،ووصل عدد البنود إلى (٧٣) بندا. والبنود مصاغة بأسلوب التقرير الذات.
- تم عرض الاختبار على الزملاء والزميلات بقسم علم النفس من أعضاء هيئة التدريس لاعطاء آرائهم حول صياغة العبارات واختيار أفضلها قياسا لمشاعر الذنب وتم حذف بعض العبارات أو استبدالها ووصل عدد البنود إلى (٧) بندا.

وتم وضع أربع مستويات للإجابة على الاختبارات (أبدا- أحيانا- بدرجة متوسطة- دائما) وتقابلها درجات (صفر، ١، ٢، ٣).

- تم عرض الاختبار على (٣ أساتذة صحة نفسية). وتم الاتفاق على أغلبية البنود وتم تعديل بعض الصياغة في البنود وحذف بعض البنود حتى وصل إلى ٦٤ بندا.
- تم تطبيق الاختبار على (١٠٠) طالب، (١٠٠) طالبة من السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ ومتوسط درجات الذكور (٤، ٧٥) والانحراف المعيارى (١، ٢٣) والاناث (٣، ٨٥) وانحراف معيارى (٤، ٢٤). وتم استخراج الدرجات المعيارية المعدلة المقابلة للدرجة الخام لدى عينة الطلاب والطالبات.
- وتم حساب ثبات الاختبار باعادة تطبيقة على عينة من طلاب كلية التربية كفر الشيخ السنة الأولى (٣٠) طالبا، (٣٠) طالبة بفاصل زمنى شهر ووصل معامل الثبات إلى (٧٥، ٠)، (٦٩، ٠) لدى عينة البنات والبنين على الترتيب.
- تم حساب صدق الاختبار بطريقتين :

١) بتطبيق الاختبار على مجموعة من مرضى الاكتئاب (٣١) حالة، (١٩) إناث، (١٢) ذكور من مستشفى الصحة النفسية بطنطا من العيادة الخارجية. وحصلوا على درجات عالية مقارنة متوسط درجات طلاب وطالبات الكلية فى العينة السابقة فبلغ متوسط درجات مجموعة مرضى الإكتئاب من الذكور (١٢٨،٤) ومتوسط درجات مجموعة مرضى الاكتئاب من الجنسين. وهذا يدلل على صدق الاختبار حيث أن مرضى الاكتئاب أعلى شعورا بالذنب من أى مجموعة مرضية أخرى مثل دراسة (فهنز وآخرون) ١٩٧٢) و(جرنكو وآخرون ١٩٦٢) ودراسة (بلومبرج وازارد Blumberg Izard ١٩٨٦) وأيضا فى دليل تشخيص الأمراض النفسية والعقلية DSM.III تظهر مشاعر الذنب لدى الاكتئابيين بصورة حادة

- تم حساب الصدق التمييزى للاختبار بايجاد دلالة الفروق بين متوسط درجات أعلى الحالات ومتوسط درجات أقل الحالات كما هو موضح بالجدول التالى رقم (١) لدى طلاب وطالبات السنة الأولى كلية التربية بكفر الشيخ.
- يقيس اختبار مشاعر الذنب الشعور بالذنب لدى الفرد تجاه الآخرين وتجاه الذات وآثاره على العلاقة بين الفرد والمجتمع من حوله وآثاره أيضا على دافعيته للعمل وأمله فى الحياة. ويتضمن وصفا للآثار النفسية والألم الناجم عن الشعور بالخطأ. وقد تصل مشاعر الذنب إلى درجة وهمية لاترتبط بخطأ واقعى حقيقى ارتكبه الفرد. ويشمل أيضا مشاعر الذنب حول التقصير فى العبادات والنواحى الدينية والخوف من العقاب فى الآخرة ورغبة الفرد فى التخلص من هذه المشاعر بتصحيح أخطائه.

جدول رقم (١)

دلالة الفروق بين متوسط درجات أعلى الحالات ومتوسط درجات أقل الحالات على اختبار مشاعر الذنب

العينة		المتوسط	الانحراف المعيارى	قيمة «ت»	دلالتها
بنين	الأعلى ٢٧٪	٩٢	١٣,٢	٨,٢	دالة عند مستوى
	الأقل ٢٧٪	٥١	١١,١٠		٠,٠٠٥
بنات	الأعلى ٢٧٪	١١٦	١٥,٨	٩,٢	دالة عند مستوى
	الأقل ٢٧٪	٥٩,٧	١٢,١٠		٠,٠٠٥

والفرق بين المجموعتين من كلا الجنسين دال كما هو موضح بالجدول (١).

- تم وضع مفتاح لتصحيح الاختبار ومستويات للدرجات الخام ومايقابلها من درجات معيارية معدلة ، كما هو موضع بالجدول التالى (٢)*..

جدول رقم (٢)

الدرجات الخام ومايقابلها من درجات معيارية معدلة لكلا الجنسين

الدرجات	منخفض جداً	متوسط	مرتفع	مرتفع جداً
الدرجة الخام	صفر-٦٣	٦٤-١٢٧	١٢٨-١٥٩	١٦٠-[illegible]
الدرجة المعيارية المعدلة للاناث	صفر-٢ر٤١	٦ر٤١-٨ر٦٦	٢ر٦٧-٦ر٧٩	٨٠-٨ر[illegible]
الدرجة المعيارية المعدلة للذكور	صفر-٢ر٤٥	٦ر٤٥-٨ر٧٠	٢ر٧١-٦ر٨٣	٨٤-٨ر[illegible]

فقدان الشهيه العصبى

تعتبر العلاقة بين الحالة النفسية والرغبة فى الطعام أو العزوف عنه معروفة منذ زمن بعيد، كما اعتبر الغذاء والرغبة فيه وسيلة للتعبير عن توتر الفرد واضطرابه أو سويته. وتم النظر إلى اضطرابات الأكل (Eating Disorders) كفئة مستقلة من الاضطرابات فى السبعينات من هذا القرن. ويوضع فقدان الشهية العصبى (Anorexia Nervosa) ضمن الأمراض السيكوبوماتية فى دليل تشخيص الأمراض النفسية والعقلية الذى تصدره رابطة الأخصائيين النفسيين الأميريكية (DSM. III) وتزداد نسبة فقدان الشهية العصبى لدى الإناث والسيدات حيث أوضح (كيورك هاس. Kurk Hass ، ١٩٧٩) أن نسبة انتشار فقدان الشهية العصبى بين الإناث تصل إلى أكثر من (١٠٪) من بين اضطرابات الأكل .

ووجد (برومبرج وآخرون Bromberg, et al ، ١٩٨٠) أن نسبة فقدان الشهية العصبى بين الإناث والسيدات تصل إلى (٩٥٪) من بين حالات اضطرابات الأكل ويعزى ذلك إلى تعرضهن للضغوط الإجتماعية والثقافية الخاصة بمعايير الجاذبية الجسدية التى تركز على النحافة. مما يسبب الخوف من زيادة الوزن ورغم أن العينة التى أجرى عليها بحثه من ولاية شيكاغو الأمريكية إلا أنها تعكس ارتفاع نسبة حدوثها بين الإناث والسيدات .

ووجد (ألفورد وبوجلى. Alford & Bogle ، ١٩٨٢) أن أعلى نسبة لحدوث فقدان الشهية العصبى بين الإناث فى عمر زمنى يتراوح بين (١٢ - ١٨ سنة) وتصل نسبة انتشاره إلى (١٨٪) مع ملاحظة أن ثلثى هذه النسبة يتحسن تلقائياً بعد مرور مرحلة البلوغ وبداية المراهقة وبذلك تصل النسبة إلى حوالى ٦٪ فى مرحلة المراهقة ويؤكدان على عدم حدوثه قبل سن العاشرة ورغم ذلك وجد (أدريان فورنهام) حالات فى السابعة وتعانى من فقدان الشهية العصبى .

وهذه النسبة التى قدمها (ألفورد وبوجلى) فى بريطانيا وهى مجتمع غربى له معايير خاصة به من حيث الإعتقادات السائدة بين الفتيات عن معايير الجاذبية الجسدية .

وفى أمريكا وجد (سيلفر ستين Silverstein، ١٩٨٦) أن نسبة عالية من اهتمامات المرأة تركز على شكل الجسم ووزنه بتأثير وسائل الاعلام والمؤتمرات .

الإجتماعية ومفهوم الجاذبية الجسدية يرتبط بالنحافة أكثر من البدانة ووجد أن حالات فقدان الشهية العصبى لديهن معايير ومستويات غير واقعية عن الجاذبية فى تكوين الجسم وتصل نسبة انتشار هذه الاضطرابات إلى (١٠٪) بين الإناث .

- فى دراسة (آجراس. Agras ، ١٩٨٧) بجامعة نيويورك وجد حالات فقدان شهية عصبى دون العاشرة من العمر والإضطرابات أكثر شيوعاً فى عمر زمنى بين (١٢ - ١٨) سنة وتعزى النسبة العالية لفقدان الشهية العصبى بين الإناث إلى تأثير المخاوف التى تثيرها وسائل الإعلام من زيادة الوزن وفقدان الجاذبية الجسدية بزيادة الوزن وتصل نسبة انتشار هذه الاضطرابات بين الإناث إلى (١٢٪) .

ويؤكد (آدريان فورنهام. Furnham, A. ، ١٩٩٣) أن انتشار اضطرابات الأكل ازدادت بنسبة عالية فى العقدين الأخيرين ودلت بحوث فقدان الشهية العصبى بين الإناث فى عمر زمنى يتراوح بين (٧ - ٢٥) سنة على أن نسبة الإنتشار بين الطالبات فى سنوات الدراسة تصل إلى (١٨ - ٢٠٪) مما يعرض حياتهن للخطر فيما بعد .

- **ويلاحظ فى العرض السابق مايلى :**

أولاً: زيادة نسبة الإنتشار حتى وصلت إلى (٢٠٪) بين الإناث .

ثانياً: حداثة العمر الزمنى لبداية الاضطراب .

ثالثاً: أعلى نسبة انتشار تقع بين طالبات المدارس والجامعات أثناء سنوات الدراسة .

رابعاً: لاتوجد دراسات عربية أو مصرية توضح نسب انتشار فقدان الشهية العصبى بين الإناث .

ومن البحث فى التراث السيكولوجى الحديث وجدت نموذجاً لنظرية ديناميكية يبحث عن أسباب الإضطراب بأسلوب يكمن فى خصائص شخصية المضطرب وهو نموذج (بيترسلاد، Slade, P، ١٩٨٢) ولقد أطلق على هذا النموذج «النموذج التحليلى الوظيفى» كإسم مستعار من العلوم الطبيعية وبعد إجراء العديد من الدراسات عن فقدان الشهية العصبى توصل (بيتر سلاد) إلى وجود بعدين سلوكيين أساسيين اعتبرهما السبب الرئيسى وراء حدوث الإضطراب وهما : الكمالية Perfectionism . وعدم الرضا العام.

وفى دراسة أخرى قام بها (سلاد وآخرون، ١٩٩١) توصل إلى وجود بعد ثالث هو الضبط والسيطرة وبذلك أصبحت الأبعاد السلوكية الثلاثة بمثابة الأسباب المسئولة عن الإضطراب وتعتبر أبعاداً سلوكية مميزة لشخصية ذوى اضطراب فقدان

الشـهـيـة العـصـبى واسـتنتج ذلك من الآراء السـابقـة حـول الأسـبـاب ومن المقـابلات الكلينيكية المتعمقة التى أجراها مع الحالات العديدة من فاقدات الشهية .

هناك نظرية أخـرى قـدمـهـا (أدريـان فـورينهـام Furnham, A.) تبحث عن الأسباب من خلال اعتقادات وآراء الحالات المرضية والسـوية ولذلك أطلق عليـهـا النظرية الوضـعـيـة (Lay Theory) بالإضـافـة إلى استـفـادته من النظريات العلميـة الخـمسـة التى تبحث عـن أسـبـاب فقدان الشـهـيـة العصبى بوجهات نظر مختلفة ومنها :

١ - النظرية الخاصة بنظام الأسرة : Family System Theory

والتى اعتبرت أن الديناميات الأساسية المسئولة عن الاضطرابات ترجع إلى الأسرة والعلاقـات داخلها وأكدت أن أسر المضطربات تتميز بأمـهات أكثر سيطرة وتحكماً ولاتناقش المشكلات الخاصة بالأبناء، وخصوصاً الإناث .

٢ - النظرية الخاصة بالتوافق النفسى الإجتماعى المرضى:

Theory of Maladaptive Psychosocial adjustement:

واعتبرت الخبرات الإنفعالية والعلاقات الإجتماعية فى الطفولة هى المسئول الأول عن هذا التوافق مثل النبذ والعدائية من الراشدين. (كرسبى وآخرون. Crespe. et al، ١٩٨٢) .

٣ - النظرية الثقافية الإجتماعية : Socio - Cultural Theory

وتعتمد على الأفكار السائدة فى المجتمعات عن المعايير والمقاييس الخاصة بشكل الجسم ووزنه وخصوصاً لدى الإناث والسيـدات العـامـلات (كرسـى وآخرون .Crespe. et al، ١٩٨٢) .

٤ - نظرية الأنوثة : Femimist Theory

وأعزى (أورباك. Orback، ١٩٧٩) فقدان الشـهـيـة العصـبى لدى الإناث أو السـيـدات إلى محاولة المرأة المنافسة مع الرجل فى مجال العمل باستمرار وتعـدد أدوارها الإجتـمـاعـيـة مما خلق نوعاً من الصـراع النفسـى لدى الإناث يظهـر فـى رفـضـهـن الطعـــام أو إهمـالـه (أدريـنان فـورينهـام وآخـرون. Furnham. A. et al، ١٩٩٢).

٥ - النظرية الفسيولوجية للمراهق : Physiology of Adolescent

وتتضـمن التـغيرات الفسيـولوجية لكل من الإناث والذكور ومايترتب عليهـا من صـراعـات نفسـيـة فى هذه المرحلة يكون ناتجـهـا رفض الطعـام وخصـوصـاً لدى الإناث (كرسبى وآخرون، ١٩٨٢) .

هذه النظريات العلمية النفسية الخمسة قدمت فى مجموعها الجوانب المختلفة لأسبـاب فـقـدان الشـهـيـة العـصـبى ولذلك قـام (فـورينهـام) باسـتـخـلاص نظرية عن

الإعتقادات والآراء من وجهة نظر الحالات ووجد أنها تعكس كل هذه النظريات مجتمعة ولكن بأسلوب مختلف وتشمل نظرية (فورينهام) ثلاثة أقسام هى:

القسم الأول: الإعتقادات العامة : G. B

وتتضمن ٦ عوامل هى :

١ - العامل الأول وهو ماأسماه بالبداية (Onset) وهو خاص بالعمر الزمنى الذى يبدأ فيه الإضطراب والحالة المزاجية والنفسية المصاحبه .

٢ - العامل الثانى: صورة الذات Self-image ويشرح فيه كيف يشعر ذوى فقدان الشهية نحو أنفسهم وأجسامهم .

٣ - العامل الثالث: الوصفى لفاقدى الشهية وبخاصة الطبقة الإجتماعية وتاريخ الإحباطات أو الفشل السابق المدرك فى الحياة والوزن قبل فقد الشهية .

٤ - العامل الرابع: ويعكس أسلوب التعامل مع الوالدين والعلاقة بهما .

٥ - العامل الخامس: يوضح أن خصائص شخصية فاقدى الشهية تتميز بالوساوس القهرية .

٦ - العامل السادس: ويعكس الإنكارالبرانوى وهو يعكس ميول فاقدى الشهية نحو إنكار الطعام والجوع ويعتبر بارنوى من حيث ضبط هذه العملية .

القسم الثانى: الإعتقادات عن الأسباب Beliefs About Causes:

ويشمل ستة عوامل هى :

١ - الأسرة والعلاقات بينها وتكوينها .

٢ - الضبط الإجتماعى والنفسى .

٣ - التغيير .

٤ - التناقض .

وبنوده مشبعة بالتعامل مع الصراع الذى يعانيه فاقدات الشهية كنتيجة لمتطلبات المجتمع التقليدى لأدوار المرأة والتعارض بين أهداف مرحلة الرشد ومتطلباتها التقليدية .

٥ - ثورة أو عصيان.

وتشمل عدم الرضا عن حياته. والتمرد على مايحيط بالفرد .

٦ - انعدام الطمأنينة .

وهو نتيجة النبذ والعدائية فى العلاقات وعدم توفر العلاقات الودية .

القسم الثالث: الإعتقادات حول إمكانية العلاج والتحسن :

Beliefs About Cure

ويشمل خمسة عوامل هي :

١ - الخضوع . Authoritarian

وهو إمكانية إخضاع الفرد للآراء والمبادئ مثل خضوعه لأوامر الطبيب المعالج .

٢ - قيمة الذات : Self. Worth

ويقصد به شعور الفرد بقيمته الشخصية .

٣ - معالجة المشكلة : Coping .

ويشمل كيفية التعامل مع المشاكل اليومية ويعتبر الضغط والتحكم في عملية الأكل هو الإستراتيجية الوحيدة لمواجهة هذه المشاكل .

٤ - العامل الفسيولوجي Physiological F

الإعتقاد في نجاح العلاج الهورموني طالما كانت عملية الوزن في زيادة .

٥ - مصادرة الصراع : Conflict Reconciliation

يمثل الإعتقادات حول إمكانية العلاج بالتخلص من الصراع ومصادرة مصادره .

وقد أكد كل من (الفين وجفرى. Levin & Jeffery، ١٩٨٩) .

على ضرورة الإهتمام بالإتجاه السيكودينامي في دراسة شخصية ذوات فقدان الشهية العصبي وأيضاً الإعتقاد لدى السويات مقارنة بتلك الفئة وذلك للبحث عن أسباب الإضطراب .

وأشار (فورينهام، ١٩٩٣) إلى ضرورة دراسة الإتجاهات والإعتقادات حول أسباب الإضطراب من وجهة نظر الحالات السوية كما أن الأبحاث في مجال الآراء والمعتقدات كجانب معرفي نادرة .

وأشار (ليدى فيليبس . Philips. L.، ١٩٩٣) إلى ضرورة دراسة الأبعاد السلوكية والإتجاهية للمراهقات نحو اضطراب فقدان الشهية العصى. ووضع ذلك سابقاً في تكوين المعتقدات الخاطئة حول المعايير الصحية لوزن الجسم وتكوينه .

وتكمن خطورة فقدان الشهية العصبي بارتباطه مع مجموعة اضطرابات عصابية مختلفة مثل القلق والإكتئاب والوساوس القهرية مثل دراسة (أحمد عبد الخالق ومايسة النيال، ١٩٩٣) وأحياناً يتزامن ويتداخل تشخيص الحالات مع كل منهما .

١ - درجة رفض الطعام اعلى من حالات فقد الشهية Anorexia .
٢ - فقد الوزن بدرجة أعلى .
٣ - انقطاع الطمث أو احتباسه Amenorhea
وانخفاض ضغط الدم وبرودة الأطراف ويتميز عن مرضى الغدة النخامية

بزيادة ملحوظة فى درجة الطاقة . ويتحول إلى حالة مزمنة فى(٥٠٪) من الحالات وتصل نسبة الوفاة إلى (١٥٪) من هذا الإضطراب .

وضع (روسيل. Russel، ١٩٧٩) عدة شروط لتشخيص فقدان الشهية العصبى ومنها :

١ - يحدد فقدان الشهية العصبى بنقص الوزن بنسبة (٢٥٪) من الوزن السابق .
٢ - ينتج فقدان الشهية من تقييد الفرد لذاته عن الطعام.
٣ - وجود اضطراب فى اتجاهات واعتقادات الفرد نحو حجم الجسم ووزنه ووظيفة الطعام .
٤ - يحتبس الطمث وأحياناً يتوقف ويضطرب إفراز الهورمونات .

ويرى (بيتر سلاد، ١٩٩) أن فقدان الشهية العصبى هو اضطراب ثانوى للوصول إلى التكيف وكناتج عام لمجموعة من المشاكل والخصائص السيكولوجية المميزة لذوى فقدان الشهية العصبى.

ولقد حددها (بيتر سلاد) فى نموذجه المعروف المستخدم فى البحث الحالى بنموذج التحليل الوظيفى ويقاس بمقياسه (SCANS) بمقاييسه الفرعية الثلاث .

وورد فقدان الشهية العصبى فى دليل تشخيص الأمراض النفسية والعقلية (DSM III) ضمن مجموعة اضطرابات الأكل نفسية المنشأ. أى ضمن الأمراض السيكوسوماتية .

الأبعاد السلوكية :

الأبعاد السلوكية عند (بيتر سلاد) فى نموذجه تعنى خصائص تميز حالات فقدان الشهية العصبى عن غيرهم وديناميكياً بمثابة الأسباب الكامنة وراء هذا الإضطراب وهى :

أ - *عدم الرضا العام بالحياة والذات وانخفاض تقدير الذات :*

تنشأ حالة عدم الرضا العام بالحياة والذات من اتحاد عدد من العوامل ذات طبيعة تطورية وبيئية وهذه العوامل هى:

- صراعات المراهقة حيث تلعب الدور الرئيسى لدى الغالبية العظمى من حالات فقدان الشهية العصبى منها صراع (الاستقلالية - الإعتمادية) .
- العلاقات بين الشخصية وبخاصة مع الجنس المخالف .
- الضغوط وخبرات الفشل فى الأداء أو الإختبارات أو الفشل فى إقامة علاقات شخصية متميزة والفشل ى إنجاز هدف محدد .

ويعتبر ذور الضغوط الإنجازية التحصيلية على قمة قائمة الأسباب المكثفة لفقدان الشهية العصبى .

ب - الميول الكمالية : *Perfectionism Tendancies*

وهى الرغبة فى تبنى مستويات عالية من الكمال وأحياناً تكون غير واقعية ويصعب تحقيقها. والفرد الكمالى السوى هو الذى ينظر إلى عمله ومجهوده بقدره الحقيقى ويشتق السعادة من الجهود والأعمال الصعبة ويميل إلى زيادة تقدير الذات أى أن شعوره بالسعادة يتناسب مع أدائه .

والفرد الكمالى العصابى هو الذى ينظر إلى مجهوداته وأعماله دائماً على أنها غير جيدة بالقدر الكافى على الرغم من جودة هذا الأداء ويضع لنفسه مستويات غير واقعية ويجاهد من أجل تحقيقها. وهو غير قادر على الشعور بالرضا ويضخم الأخطاء واهتمامه بنقد الآباء والأمهات والشك فى قدرته على الأداء الجيد أو التصرف فى بعض المشكلات .

جـ - *الحاجة إلى الضبط الكامل لبعض مفاهيم مواقف الحياة والنجاح الكامل فى أحد المجالات :*

الدمج بين مسببات عدم الرضا العام بالحياة والذات والميول الكمالية اقترح (سلاد) أن مثل هذه الخبرات الفردية تحتاج إلى الضبط المطلق لبعض مفاهيم الحياة الخاصة بهذه الحالات أو الوصول إلى النجاح الكامل فى أحد المجالات على الأقل. والمجال الوحيد الذى يمكن للفرد فيه ظهور عملية الضبط الذاتى والتحكم هو ضبط الوظائف الجسدية مثل ضبط ساعات النوم والطعام والدوافع الجنسية وأمام العجز عن ضبط الخارج فى مجالات أخرى لتعقد المتغيرات المرتبطة بها يلجأ الفرد إلى ضبط هذه الوظائف الجسدية والبيولوجية ومن أهمها عملية الأكل .

بعد الاطلاع على العديد من الأبحاث فى مجال اضطرابات الأكل وبخاصة فقدان الشهية العصبى لدى الإناث تم تصنيف تلك الدراسات

أولاً: دراسات خاصة بفقدان الشهية العصبى وعلاقته بمتغيرات أخرى.

* **دراسة (هيرزوج . Herzog، ١٩٨٢)**

أجرى مقابلة شخصية متعمقة لحوالى (٣٠) حالة تعانى من فقدان الشهية العصبى ووجد أن (٧٥٪) من بين هذه الحالات تعانى من الإكتئاب الأساسى (Major Depression)

* **دراسة (أحمد عبد الخالق ومايسة النيال، ١٩٩٣)**

تناولت فقدان الشهية العصبى وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية مثل

الإكتئاب والقلق والوساوس القهرية وأجريت الدراسة على طالبات الجامعة وتوصلت إلى وجود عامل عام لفقد الشهية العصبى والإضطرابات العصابية .

* دراسة (سوزان ميتزان Susan, M، ١٩٩٤)

وجدت علاقة بين اضطرابات الأكل كما تقاس بمقياس (SCANS) المستخدم فى البحث الحالى وأظهرت قدرة المقياس على تميز فئة فقدان الشهية العصبى عن السويات وأيضاً عن بقية الإضطرابات الأخرى .

ومن الدراسات السابقة والخلفية النظرية يتضح - ارتباط فقدان الشهية العصبى بكل من الخوف من السمنة وزيادة الوزن والقلق والتوتر والوساوس القهرية والكمالية والإكتئاب ومن الصعب الحسم أيهما يسبق فى حدوثه الآخر أو أيهما السبب أو النتيجة .

ثانياً: دراسات خاصة بالمؤثرات الأسرية والحضارية والبيولوچية :

* دراسة (بريانت وآخرون. Bryant et al، ١٩٩١).

وهى دراسة كلينيكية لأربع حالات من الإناث الآسيويات اللاتى يقيمن فى بريطانيا أى يعيشن فى ثقافة مخالفة وهى الثقافة الغربية فى عمر زمنى يتراوح بين (١٣ - ١٤) سنة وأظهرت الدراسة أثر الصراعات الإجتماعية والثقافية فى ظهور اضطرابات الأكل وخصوصاً فقدان الشهية العصبى. ولفتت الأنظار إلى أهمية دراسة فقدان الشهية العصبى لدى الأطفال من البداية قبل مرحلة البلوغ .

* قام (سنج لى .Lee, Sing، ١٩٩١) بدراستين فى هذا المجال إحداهما عن فقدان لشهية العصبى لدى الإناث فى الهند والصين، وذلك لتوضيح دور العادات والإتجاهات والإعتقادات لدى الأفراد نحو الطعام ونظام الأكل وشكل الجسم لإظهار أثرهم على ظهور فقدان الشهية لدى الإناث .

وتوصلت الدراسة إلى وجود اختلافات واضحة فى هذه المتغيرات وكذلك أكد أنها تختلف من مجتمع لآخر. ودراسة أخرى أجراها على الإناث فى عمر زمنى من (١٦ - ١٨) سنة من الصين يعانين من فقدان الشهية العصبى وأظهرت الدراسة قصوراً فى المفاهيم الخاصة بالغذاء، وعلاقته بالأمراض المختلفة الأخرى. مثل علاقة زيادة الوزن بالكثير من الأمراض المزمنة الجلدية مثل حب الشباب بالإضافة إلى بعض الآراء والمعتقدات الخاطئة عن تكوين الشخصية وعلاقته بالجاذبية الجسدية من حيث تكوين شكل الجسم ووزنه .

وأعزى فقدان الوزن وضبطه إلى قصور فى تكوين بعض المفاهيم المميزة لشخصياتهن. وأيضاً القصور فى معتقداتهن حول إمكانية العلاج والتحسن .

* دراسة (ماريا راستام وآخرون Rastam, Maria. et al، ١٩٩١)
عن الأسرة فى حالات فقدان الشهية العصبى وتمت المقارنة بين مجموعة من مريضات (٥١) بفقدان الشهية العصبى ، (٥١) غير مريضة بمتوسط عمر زمنى (١٦,٢) سنة ولم تصل إلى تكوين أسرى خاص بأسر مريضات فقدان الشهية العصبى ولكن وجد أن أسر مريضات فقدان اشهية العصبى بها مشكلات نفسية بارزة بين أفرادها وبعض الحالات تعانى الأم من الإكتئاب البارز (MD) .

* دراسة (كاثلين بايك وآخرون Pike, Kathleen. et al ١٩٩١):
عن دور الأم من حيث اتجاهاتها وسلوكها تجاه اضطراب الأكل لدى بناتهن المراهقات وتمت المقارنة بين الأمهات اللاتى تعانى بناتهن من اضطراب فقدان الشهية العصبى مع أمهات تعانى بناتهن من اضطرابات أكل أخرى وأكدت الدراسة أن هناك اختلال فى تكوين اتجاهات ومعتقدات الأمهات تجاه نوعية الأكل ونظامه فى حالات فقدان الشهية العصبى .

* دراسة (داليد جيمرسون وآخرون Jemerson, D., et al، ١٩٩١)
عن دور السيروتونين فى حدوث اضطرابات الأكل وتوصلت الدراسة إلى أن بداية حدوث فقدان لشهية العصبى (AN) معقد ويرجع إلى عدم الإنتظام فى الجهاز العصبى الناقل وبرهن على أن النقص فى السيروتونين يساهم فى حدث إضطرابات الأكل .

* دراسة (رولاند نيل. Neil Rowland، ١٩٩١) :
عن دور العوامل البيولوجية فى حدوث فقدان الشهية العصبى. وقام بمراجعة العمليات السيكوبيولوجية الكامنة وراء تخزين الطعام كما هو فى الشره للطعام العصبى (Bulimia nervosa) أو كما هو فى حالات فقدان الشهية العصبى (AN) ودور الهيبوثلامس فى عملية التمثيل الغذائى فجانبى الهيبوثلامس ربما يكونان غير متعادلين من حيث الوظيفة فى علاقتهما بالتمثيل الغذائى .

ثالثاً : دراسات خاصة ببعض متغيرات الشخصية لدى حالات فقدان الشهية العصبى :

* دراسة (بيتر سلاد وآخرون. Slade. P. et al. ١٩٩٠).
عن الفروق بين ثلاث مجموعات (٣٩) حالة تعانى من فقدان لشهية العصبى من طالبات الجامعة، (٣٥) حالة تعانى من الشره الطعام مع تاريخ سابق لفقدان الشهية العصبى، (٣٢) حالة بدون تاريخ سابق لفقدان الشهية العصبى.

وأسفرت نتائجها إلى عدم وجود فروق بين المجموعات الثلاث على مقياس (SCANS) بمقاييسه الفرعية الثلاث وهذا يوضح مدى الترابط بين فقدان الشهية العصبى والشره للطعام فى المقاييس الفرعية الثلاثة لهذا المقياس .

*دراسة (فيليبس ليدلى وآخرون Leadelle, Phelips.et al ،١٩٩٣)

عن الأبعاد السلوكية والمعرفية لدى المراهقات ذوات فقدان الشهية العصبى والسويات وطبق قائمة اضطرابات الأكل (EDI) Eating Disorders Inventory على عينة غير مرضية (١٢٢) من الإناث فى عمر زمنى يتراوح بين (١٢ - ١٨) سنة ووجد أن (٣٠٪) من الحالات فى مستوي الوزن غير الطبيعى، (٤٪) من الحالات فى حالة مرضية خطيرة نتيجة للنقص الزائد فى الوزن. وأظهرت الدراسة عوامل خاصة بشخصية ذوات فقدان لشهية العصبى مثل المعاناة من الضغوط النفسية. وكيفية التحكم فى نوبات الغضب والشعور بالأمن النفسى وصورة الجسد والخوف الزائد من السمنة ليحصلن على الجاذبية الجسدية والإجتماعية فى المحيطين بهن ووضع مستويات غير واقعية يصعب تحقيقها ويمثل ذلك عامل الكمالية العصابية (NP) ـهذا العامل الأخير له مقياس فرعى من مقياس (SCANS)

(١) مقياس سلوكيات لفقدان لشهية العصبى :

Setting Condition of Anorexia Nervosa: -

تأليف (بيتر سلاد وديوى. Slade, P & Dewey، ١٩٩١) *

شمل هذا المقياس فى صورتة الأولية (١٩٨٦) مقياسين فرعيين هما الميول الكمالية وعدم الرضا العام وبعد العديد من الدراسات تمكن (بيتر سلاد وديوى، ١٩٩١) من استخراج مقياس آخر وهو الضبط والتحكم في سلوكيات الفرد وبذلك أصبح المقياس مشتملاً على ثلاثة مقاييس فرعية وهى :

مقياس الميول الكمالية، عدم الرضا العام بالحياة والذات وانخفاض تقدير الذات، الحاجة إلى الضبط الكامل لبعض مفاهيم ومواقف الحياة .

ويشتمل المقياس على (٢٢) بنداً من بينهم (٨) بنود لقياس الكمالية، (٨) لقياس عدم الرضا العام، (٦) لقياس الضبط والسيطرة .

وقدمه (بيتر سلاد وديوى، ١٩٩١) بعد المقابلات الكلينيكية المتعمقة لحوالى (١٢٧٠) حالة على مدار سنوات طويلة. كما قدم نموذجه المعروف بالتحليل الوظيفى. ويتميز هذا المقياس بقياسه للخصائص السلوكية الديناميكية للشخصية واعتبارها بمثابة أسباب للإضطراب .

إعداد المقياس وتقنينه :

تعريب المقياس بأسلوب مبسط يصلح للمجتمع المصرى وتم تطبيقه على طالبات السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ فى الفصل الدراسى الأول يصل عددهن إلى (٦٨٢) طالبه بمتوسط عمر زمنى (١٧٫٦٧) سنة وتم استخراج المتوسطات والإنحرافات المعيارية لكل من الدرجة الكلية للمقياس والمقاييس الفرعية الثلاثة :

جدول رقم (١)

المتوسطات والإنحرافات المعيارية لطالبات السنة الأولى بكلية التربية على مقياس (SCANS)

ن=٦٨٢	الدرجة الكلية	الميول الكمالية	عدم الرضا العام	الحاجة للضبط	العمر الزمنى
م	٦٧٫٨	٢٨٫٨٤	١٩٫٥٦	١٩٫٣٦	١٧٫٣
ع	١٦٫٥	٧٫٨	٤٫٧	٤٫٥	٣٫٢

* **وتم حساب ثبات المقياس كالتالى :**

(أ) بإعادة تطبيقه بعد شهر على مجموعة من الطالبات (١١٠) طالبة من السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ ووجد أن معامل الثبات للدرجة الكلية (٨٥ر) ولمقياس الميول الكمالية (٧٨ر) ولمقياس الحاجة للضبط (٧٥ر) ولمقياس عدم الرضا العام (٨٢ر) .

(ب) بالإتساق الداخلى للمقياس بإيجاد معاملات الإرتباط بين الدرجة الكلية والمقاييس الفرعية الثلاث كما هو موضح بالجدول رقم (٢) .

جدول رقم (٢)

معاملات الإرتباط بين مكونات مقياس (SCANS)

	الدرجة الكلية	الميول الكمالية	عدم الرضا العام	الحاجة للضبط
الدرجة الكلية	-			
الميول الكمالية	٨٢ر	-		
عدم الرضا العام	٧٥ر	٨٧ر	-	
الحاجة للضبط	٦٨ر	٩٠ر	٦٧ر	-

- الصدق :

تم حساب الصدق للمقياس باستخدام مقياس آخر وهو قائمة كورنيل للشخصية وتم استخراج معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية على قائمة كورنيل للشخصية والدرجة الكلية على هذا المقياس. ومعاملات الارتباط بينها موجبة ودالة عند مستوى (٠١ر كما هو موضح بالجدول رقم(٣) .

جدول رقم (٣)

معاملات الارتباط بين مقياس SCANS ومقاييسه الفرعية الثلاث والدرجة الكلية على قائمة كورنيل للشخصية

ن=١١٠	الدرجة الكلية	عدم الرضا العام	الميول الكمالية	الحاجة للضبط
قائمة كورنيل للشخصية	٦٩٦ر	٧٢ر	٦٨ر	٦٩ر

(٢) مقياس الاعتقادات العامة لفقدان الشهية العصبى :

Beliefs About Anorexia Nervosa Scale (BANS)

تأليف (أدريان فورينهام Furnham, A)

وقدمه (فورينهام) بناء على نظريته الوضعية فى فقدان الشهية العصبى ويشتمل هذا المقياس على (١٠٥) بنداً موزعة على (٣) أقسام رئيسية أى يشتمل كل قسم على (٣٥) بنداً .

القسم الأول:

الإعتقادات العامة حول خصائص شخصية ذوات فقدان الشهية العصبى ويتضمن (٦) عوامل تم شرحها فى الخلفية النظرية لهذا البحث

القسم الثانى:

الإعتقادات فى الأسباب المسئولة عن هذا الإضطراب ويتضمن (٤) عوامل.

القسم الثالث : (٣٥ بنداً) .

الإعقتدات فى إمكانية العلاج والتحسن (٣٥) بنداً .

ووضع هذا المقياس (أدريان فورنهام، ١٩٩١) بتحليله لخمس نظريات علمية عن أسباب فقدان الشهية العصبى كل منهما تقدم وجهة نظر مختلفة عن الأخرى بالإضافة إلى المقابلات الكلينيكية للعديد من الحالات ويتميز هذا الاستبيان بقياسه لآراء واعتقادات الحالات السوية والحالات المضطربة. أى يقيس البعد المعرفى والإتجاهى نحو هذا الإضطراب تم تعريب هذا المقياس ثم إعداده وتقنينه على طالبات السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ (١٩) طالبة بمتوسط عمر زمنى (٣٥ر١٧) سنة وتم استخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية للأقسام الثلاثة للمقياس كما هو موضح بالجدول رقم (٤) .

جدول رقم (٤)

المتوسطات والإنحرافات المعيارية لدى طالبات السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ على مقياس (BANS)

ن=١٩٠ طالبة	القسم الأول	القسم الثانى	القسم الثالث
م	١٣٢,٣٦	١٤١ر٨	٢٢ر١٦٠
ع	٢٢ر٧	٢٥ر١	٢٦ر٣٥

الثبات :

تم حساب ثبات المقياس كالتالى :

(١) بإعادة تطبيقه بعد شهر على مجموعة (٨٠) طالبة من السنة الأولى شعبة رياض أطفال ومعاملات الثبات للأقسام الثلاثة بالترتيب هى: (٨٥ر)، (٨٧ر)، (٨١ر) .

(٢) حساب الإتساق الداخلى للمقياس وذلك بإيجاد معاملات الإرتباط بين الأقسام الثلاثة الفرعية للمقياس وذلك موضح بجدول رقم (٥) .

جدول رقم (٥)

معاملات الإرتباط بين المقاييس الفرعية الثلاث لمقياس (BANS)

	القسم الأول	القسم الثانى	القسم الثالث
القسم الأول	-		
القسم الثانى	٫٧٩	-	
القسم الثالث	٫٨٢	٫٧١	-

وجميعها معاملات ارتباط دالة عند مستوى ٫٠١ وتوضح مدى مايتميز به المقياس من اتساق وترابط بين مقاييسه الفرعية الثلاث .

وتم حساب الصدق للمقياس بحساب الفروق بين متوسطات أعلى وأقل الدرجات على المقاييس الفرعية الثلاث (أى بطريقة المقارنة الطرفية) كما هو موضح فى جدول (٦) .

جدول رقم (٦)

الفروق بين متوسطات أعلى الدرجات من الطالبات (٤٥ طالبة) وأقل الدرجات على مقياس (BSNS) بمقاييسه الفرعية الثلاثة

	القسم الأول			القسم الثانى			القسم الثالث		
	م	ع	ت	م	ع	ت	م	ع	ت
أعلى الدرجات	١٤١٫٢	٢٤٫١		١٥٢٫٧	٢٦٫٢		١٧٠٫٣	٢٧٫١	٤٫٥**
ن=٤٥			٢٫٩٥**			٤٫٢٢**			
أقل الدرجات	١٫٢٧	٢١٫٥		١٢٫٦	٢٢		١٤١٫١	٢٤٫٢	
ن = ٤٥									

** دالة عند مستوى ٫٠٥ لصالح أعلى الدرجات .

نموذج «بيترسلاد» التدليلي الوظيفي لفقدان الشهية العصبي

أقدم هنا اطارا ملخصاللتصور الذى وضعه (بيترسلاد Peter Slade) المشتق من ملاحظاته الكلينيكية ونتائج أبحاثه ثم الدمج بينهما ومحاولة تحليلهم وظيفياً، والنموذج يوضح خطوات للتطوير فى موضوع فقدان الشهية العصبى فى اصطلاحات وضعت على هيئة افتراضية للعوامل المحدثة والمتغيرات ومع استمرارهما فى وجود المعززات السالبة والموجبة. بخاصة افتراض أن السلوك الإطعامى الأولى ناتج من المثير النفسى الإجتماعى اللاشعورى وفى سياق الشروط والحالات الثابتة البارزة يزيد الاستعداد نحو ضبط الذات والضبط الجسدى بالذات وبالتالى إلى أسلوب الأكل غير الناجح والذى يؤدى إلى إزدياد تأثره بعواقبه والتى تؤدى ببطئ إلى فقدان الشهية العصبى ، فى هذا النموذج يعتبر فقد الشهية محاولة استراتيجية تكيفية وتأخذ قيمة وظيفية للفرد .

وتم وصف الشروط الثابتة المسئولة فى حياة الأفراد الحالية ومواقف الحياة بالمثل تم وضع نموذج لحدوث الشره العصبى للطعام. ونوضح هنا النموذج الخاص بفقدان الشهية العصبى وبه وصف لكل الشروط الثابتة والعوامل والضغوط البيئية والبيولوجية المسببة لفقد الشهية ومسارها فى صورة تخطيطية مع تقديم الخلفية النظرية والعلاجية المناسبة .

فقدان الشهية العصبى Anorexia Nervosa

يعنى فقد الشهية من أصل عصبى وعموماً يعرف بأنه اضطراب سيكوسوماتى للأسباب الآتية :

- الغالبية من مرضى فقدان الشهية لم يفقدوا الشهية بسبب مرضى ولكن لخبره سلوكية ضاغطة وتم الحصول على الكثير من الخبرات المؤيدة لذلك .
- يحمل الاصطلاح انطباعاً أن مخزون الطعام منخفض ويتبعه انخفاض فى الوزن كنتيجة لانخفاض الشهية .
- تقدم الملاحظة الكلينيكية اقتراحاً أنه من المحتمل تكوين مفاهيم خاطئة عن عادات الأكل والوزن مما يجعلهم يغيروا من الطبيعة الغرضية للسلوك الغذائى .

ويعطى الاصطلاح انطباعاً عاماً أن هذه الحالة تم تصنيفها ضمن فئة اضطرابات الأكل بالإضافة إلى ارتباطها مع مشاكل سيولوجية مختلفة .

والهدف الرئيسى من هذه المقالة هو توضيح الأطر الخاصة بالنموذج الوظيفى لفقدان الشهية ويتضح من هذا النموذج أن مشكلة الأكل ليست اضطراباً أولياً ولكن اضطراباً ثانوياً للوصول إلى التكيف وكنائج لمجموعة عامة من المشاكل السيكولوجية .

ويوجد حديثاً مجموعة من المعايير الإجرائية التشخيصية ومنها سن حدوث فقد الشهية العصبى. ويحدث فى مرحلة المراهقة. ويحدد فقدان الشهية بنقص الوزن بنسبة (٢٥٪) من الوزن السابق. وتم وضع ستة معايير للحكم على الاضطراب. وتحدد بوجوب مظهرين على الأقل من المظاهر الستة .

ولقد وضع (روسيل Russel ١٩٧٠) التشخيص التالى:

١ - ينتج فقد الشهية كنتيجة لتقييد الفرد لذاته عن الطعام (Self - imposed) .

٢ - يحتبس الطمث لدى الإناث وأحياناً تتوقف الدورة الشهرية ويضطرب إفراز الهرمونات مع الغدد اللاقنوية للذكور .

٣ - وجود اضطراب نوعى فى اتجاهات المريض نحو حجم الجسم وشكله ووزنه ووظيفة الطعام .

وافترض (روسيل ، ١٩٧٩) وجود فئة منفصلة أطلق عليها الشرة العصبى (Bulimia Nervosa) ووضع لها ثلاثة معايير لتحديدها كفئة مستقلة :

١ - دافع قوى لايقاوم لزيادة الإطعام متعاقب مع مشاعر الجوع الشديد .

٢ - المحاولة لتجنب الزيادة فى الوزن بالحث الذاتى على القيئ أو الاستخدام المزمن للمسهلات .

٣ - الخوف الشديد من الاستمرار فى زيادة الوزن نظراً للدفاع القوى للأكل، ويجمع المعلومات من مرضى فقد الشهية العصبى (٣٠) حالة لم يظهر معيار أساسى تميز مرضى فقد الشهية العصبى لدى (٢٠٪) من بينهم بينما لم يظهر أيضاً (٦٧٪) احتباس للدورة الشهرية وبذلك تظهر النتائج التى توصل لها «روسيل» أن فئة الشره العصبى لاتعتبر منفصلة حيث أظهرت الحالات ذات الشره العصبى (٥٧٪) منهم تاريخ سابق لفقدان الشهية، (٢٠٪) ليس لهم تاريخ سابق من فقد الشهية والباقى لديهم مشكلات وأسرار فى تاريخهم الماضى لم يظهروها .

وفى النموذج الحالى (نموذج بيترسلاد) اصطلح على تناول الصيغة الحرفية والتحليل الوظيفى لكل فئة منفصلة .

الصيغة الحرفية للتحليل الوظيفى: The functionalanalysis Paradigm

اصطلاح التحليل الوظيفى مستعار من العلوم الفيزيقية والبيولوجية. واستخدم لوصف الشكل والعلاقة الرياضية بين المتغيرات وتحديدها، وتحدد القيمة الوظيفية لأى متغير من خلال النظام البيولوجى. وفى مجال التحليل السلوكى التطبيقى استخدم هذا الاصطلاح كثيراً فى وصف العلاقات الوظيفية الوجدانية والسلوكية والقيمة الوظيفية لأى جزء من السلوك للعضو .

وكتخطيط عام للتحليل الوظيفى ينظر إلى السلوك الحالى كوظيفة لمجموعتين من التغيرات تسمى الأحداث المسببة Antecedent events والتى تشتمل على الحالات أو التشريطات الثابتة والمثيرات المتميزة. والنواتج (التوابع) Consequecces وتشتمل على طبيعة التدعيم وتاريخ التدعيم ونموذج التدعيم والتخطيط كالتالى :

A	B	C
الأحداث المسببة	السلوك	التوابع
Antecedent Events	Behaviour	Consequences

ولفهم دور أى مسلك من المسالك النوعية فى الأحداث المتسببة فى (A) والتى تحدد بداية حدوث السلوك (B) وكذلك التوابع (C) والتى تحدد باستمرار مع التغير عبر الزمن.

والمسلمة الأساسية فى هذا المدخل هو عدم استاتيكية السلوك ولكنه ديناميكى يعكس التغيرات الداخلية الدينامية بين الفرد وبيئته .

وفى هذا النموذج يبدو الاهتمام النسبى بالمتغيرات ومع عدم القدرة على متابعة التغيرات التى تحدث عبر الوقت والتى أكد عليها (كريسب Crisp ، ١٩٨٠) والنموذج الحالى يقدم اهتمام وانتباه متساوى لكل من الأحداث المسبقة والتوابع لها .

النموذج : The Momdel

يحتوى النموذج على الخطوط الرئيسية لتطور فقدان الشهية العصبى وبالأخص الحالات الثابتة الضرورية التى تسبب الإضطراب فى نمط التغذية الأولية وفقد الوزن وهى فى

الغالب مثيرات نفسية اجتماعية وإذا تم التحكم وضبط السلوك الغذائى ونجح الفرد فى ذلك وشعر بالنجاح لكونه قادر على عملية الإنضباط وشعر أيضاً بالرضا وسلبياً من خلال الخوف من زيادة الوزن وتجنب مشكلات أخرى. والتعزيزات السالبة أو الموجبة تحدث من ضبط التغذية والوزن بطريقة كافية وقوية للتأكيد على تأثير السلوك وإذا كانت زائدة سوف تؤدى إلى طريقة تغذية شاذة . ومع التتابع تزداد عملية التعزيز لكلا النسطين الموجب والسالب. ويقترح هذا النموذج أن توابع التغذية للأفراد فى شكل سواء، الموجب أو السالب للتغذية الرجعية والتى تؤدى ببطئ إلى النقل من السلوك فى الشكل الأولى للإطعام إلى الدورة الباثولوجية لاضطراب الأكل .

ونقدم هنا شرحاً تفصيلياً لكل مفاهيم النموذج :

أولاً : الأحداث المسببة :

المتغيرات المسببة لتطور فقدان الشهية العصبى افترضت فى نمطين فى هذا النموذج (الحالات الثابتة) والمثير النفسى الاجتماعى النوعى والحالات الثابتة تتضمن بعدين أساسين هما عدم الرضا العام بالحياة والذات والتقدير الذاتى المنخفض والميول والكمالية .

أ - عدم الرضا العام بالحياة والذات وانخفاض تقدير الذات :

وحالة عدم الرضا العام بالحياة والذات تنشأ من اتحاد عدد من العوامل ذات طبيعة تطورية وبيئية. وتنشأ من عوامل ثلاث وهى:

* تلعب صراعات المراهقة الدور الرئيسى للغالبية العظمى من المراهقات اللاتى يعانين من فقدان الشهية العصبى بعد البلوغ ودور صراعات المراهقة أخذت الاهتمام وتم مناقشتها فى الكثير من الأبحاث السيكولوجية أمثال (بروش Bruch، ١٩٧٤)، (كرسب Crisp، ١٩٨٠) .

وصراع (الاستقلالية - الاعتمادية) أهم صراعات المراهقة حيث الانتقال من الاعتمادية الكاملة فى الطفولة إلى الاستقلالية. وربما تمر هذه المشكلة بسلام لدى غالبية المراهقين والمراهقات. ولكن إذا اقترنت بمشاكل خاصة بالأسرة وبنيتها وعلاقاتها مثل المشاكل الزواجية للآباء .

وسجل كثير من الباحثين إزدياد صراع (الاستقلالية - الاعتمادية) بين المراهقين وأسرهم إذا كان هناك اضطراب فى تكوين الأسرة أمثال . (كاليوس وآخرون Kallucy et al، ١٩٧٧)، (مينوكن وآخرون Minachin et al ١٩٧٨) وافترضوا أن

صراع الاستقلالية - الاعتمادية الأكثر شيوعاً بين المراهقين وبالأخص المراهقات فاقدات الشهية وتعتبر بمثابة الشرط الثابت المؤسس لعدم الرضا العام بالحياة أو الذات .

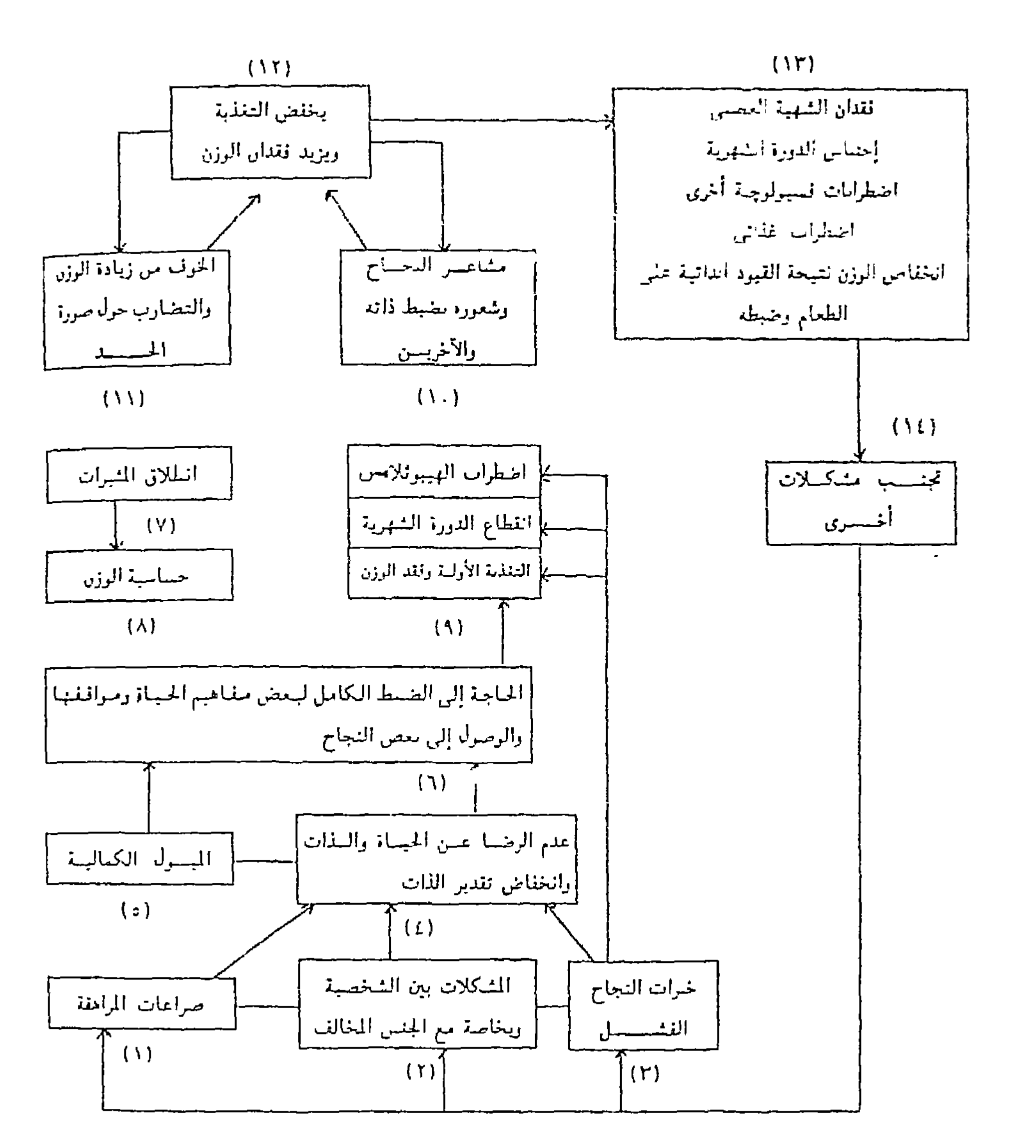
وأيضاً وجد (هاملتون . Hamilton، ١٩٨٠) أن أكثر الصراعات وجوداً لدى فاقدى الشهية - أكثر منه لدى الحالات السوية والحالات السيكاترية الأخرى .

* والعامل الثانى الذى افترض أنه يسهم فى عدم الرضا العام عن الحياة هو فى العلاقات بين الشخصية وبخاصة مع الجنس المخالف ووجد أن الانطواء الإجتماعى والقلق الاجتماعى بين فاقدى الشهية ثم استخراجها من عديد من الدراسات مثل دراسة (مورجان وروسيل Morgan & Russel، ١٩٧٥) .

* والعامل الثالث الذى افترض أنه يسهم فى الشروط المؤدية إلى عدم الرضا عن الحياة والذات هو الضغوط وخبرات النجاح والفشل فى الآداء أو الاختبارات أو الفشل فى إقامة علاقات شخصية متميزة والفشل فى إنجاز الهدف المحدد. ويعتبر دور الضغوط الإنجازية التحصيلية الأكاديمية على فئة قائمة الأسباب الممكنة لفقدان الشهية العصبى مثل دراسة (دالى وجوميز Dally & Gomez، ١٩٧٩) ولاحظا أن (٥٣٪) حدث لهم فى سن (١١ - ١٤ سنة) فقدان الشهية وكانوا متفوقين دراسياً. بينما (٢٤٪) من المجموعة الكلية ظهر لديها فقدان الشهية العصبى خلال العام الذى حصلوا على مستوى منخفض دراسياً فى الامتحانات، كما سجل (جارنير وجارفنيكل Garner & Garfinkel ، ١٩٨٠) فى بحثهما زيادة فى فقدان الشهية العصبى بين الطلاب والطالبات الذين تم إعدادهم لعرض الأزياء. وهذه العينة لديها درجة عالية من فقد الشهية نظراً للمنافسة البيئية مثل العوامل الضاغطة وخبرات الفشل .

(ب) الميول الكمالية: Perfectionism Tendancies

يتميز ذوى فقدان الشهية العصبى بسمات ذوى الوسواس القهرى أو الميول الكمالية ووجد (هاملى وآخرون Halmli et al، ١٩٧٧) أن (٦١٪) من عينة المرضى وصفهم الآباء بالكمالية وكلينيكياً هؤلاء المرضى يميلوا إلى رؤية الأحداث والإنجازات فى صورة بيضاء أو سوداء ويسعوا دائماً لأن يكونوا نموذجيين ومثاليين، ومثل هذا الشرط مع غيره من الأحداث الأخرى يسهم فى حدوث فقدان الشهية العصبى .



الصيغة التخطيطية لفقدان الشهية العصبي

* الحاجة إلى الضبط الكامل لبعض مفاهيم ومواقف الحياة والنجاح الكامل فى أحد المجالات والدمج بين مسببات عدم الرضا العام بالحياة والذات والميول الكمالية اقترح أن مثل هذه الخبرات الفردية تحتاج إلى الضبط المطلق وبعض مفاهيم حياتهم أو الوصول التام إلى النجاح فى أحد المجالات على الأقل. وذلك رغم وجود مجالات بسيطة يمكن للفرد أن يصبح قادرا على الضبط الكامل أو حيثما نكون قادرين على إحراز نجاح محدد كنتيجة لمجهوداته. والنجاح فى أى مجال يدل ولو جزئياً على العلاقات الاجتماعية والأداء الجيد التطور الوظيفى والمهنى وغيرها من العوامل .

والمجال الوحيد الذي يمكن فيه ظهور عملية الضبط الذاتى هو ضبط الوظائف الجسدية مثل ضبط ساعات النوم والطعام والدوافع الجنسية. فيميلوا إلى ضبط هذه الجوانب الجسدية والبيولوجية باستمرار .

وباختصار افترض كما سبق شرطين ضروريين لتطور اضطراب فقدان الشهية العصبى هما عدم الرضا العام عن الحياة والذات والميول الكمالية وعلاوة على ذلك يتولد لدى الفرد عملية الضبط الكلى لبعض جوانب الحياة حتى الوصول إلى النجاح المحدد والكلى لبعض الجوانب فى حياته .

* **المثير النفسى الاجتماعى النوعى :**

تعتبر المتغيرات السابقة التى تم تقديمها تنبثق من مثير نفسى اجتماعى محدد للسلوك الأولى الغذائى والتى تأخذ شكل تعليقات من مجموعة الأقران أو المحيطين بالفرد أو وجوده وسط مجموعة أفراد أكثر اهتماماً بشكل وحجم الجسم والوزن أو ملاحظات الآخرين عن نظام الأكل. ويلاحظ زيادة حساسية الإناث للوزن عنه لدى الذكور ويشيع هذا المفهوم (حساسية الوزن) الحضارى فى المجتمع الغربى وبخاصة لدى السيدات (كرسب Crisp، ١٩٨٠)، (جارنر Garner، ١٩٨٠) واعتبروا حساسية الوزن (W. S) حالة تشريطية غير نوعية بالإضافة إلى المتغيرات الأساسية وهى عدم الرضا العام والميول الكمالية والتى ترى كعامل واحد استعدادى للفرد للضبط الجسدى .

ولهذا افترض (بيترسلاد) أن السلوك الغذائى الأولى ينبثق من مثير نفسى اجتماعى ويظهر ذا طبيعة لاشعورية فى سياق الحالات التشريطية البارزة والتى تعرض الفرد لإصابته بفقدان الشهية العصبى .

ثانياً: السلوك :

استخدم اصطلاح السلوك هنا في مدى واسع ليشير إلى كل التكيف البيولوجي والنفسي وكتابع للأحداث المسببة السابقة لحدوث السلوكيات الآتية : -

١ - يلجأ الأفراد إلى فقد الوزن .

٢ - يحدث اضطراب في الدورة الشهرية في صورة احتباس أو انقطاع .

ويمكن حدوث كل منهما معاً. ويرجع انقطاع الدورة لتأثير فقد الوزن أو كأعراض جانبية لاضطرابات التغذية . وربما أن احتباس الدورة الشهرية تابع مباشرة لاضطراب وظيفي على مستوى (الثلاموس) والذي يظهر خلال الفعل المباشر لخبرات الفشل والضغوط .

ثالثاً: التوابع : Consequences

عندما يظهر السلوك الغذائي يفترض على الأقل نمطين من التوابع تعتبر مؤثرة إذا رافقها التدعيم القوي ويقود إلى التأثير في سلوكيات الفرد نحو الغذاء والتي تؤدي بالتالي إلى فقدان الشهية العصبي وهكذا ينظر إلى التوابع كمدعمات سالبة أو موجبة .

التعزيز الموجب :

ومن سياق الحالات الشرطية السابقة افترض التوابع الموجبة للنجاح والتي تحدد تأثيرات التعزيزات الموجبة والتعزيزات وصفت كمشاعر النجاح أو الشعور بالانضباط أو مشاعر الرضا الذاتي. والملمح المهم لهذا الافتراض للتدعيم الموجب يكون كتابع للأكل أكثر منها وظيفة للسلوك الناجح في السياق لإدراك الفشل في مختلف المجالات وظيفياً. ومشكلة الأفراد زائدي الوزن ومايتنج عن زيادة الوزن من أمراض تؤدي إلى الوفاة تعتبر مدعم كافي للحفاظ على السلوك .

التعزيز السلبي :

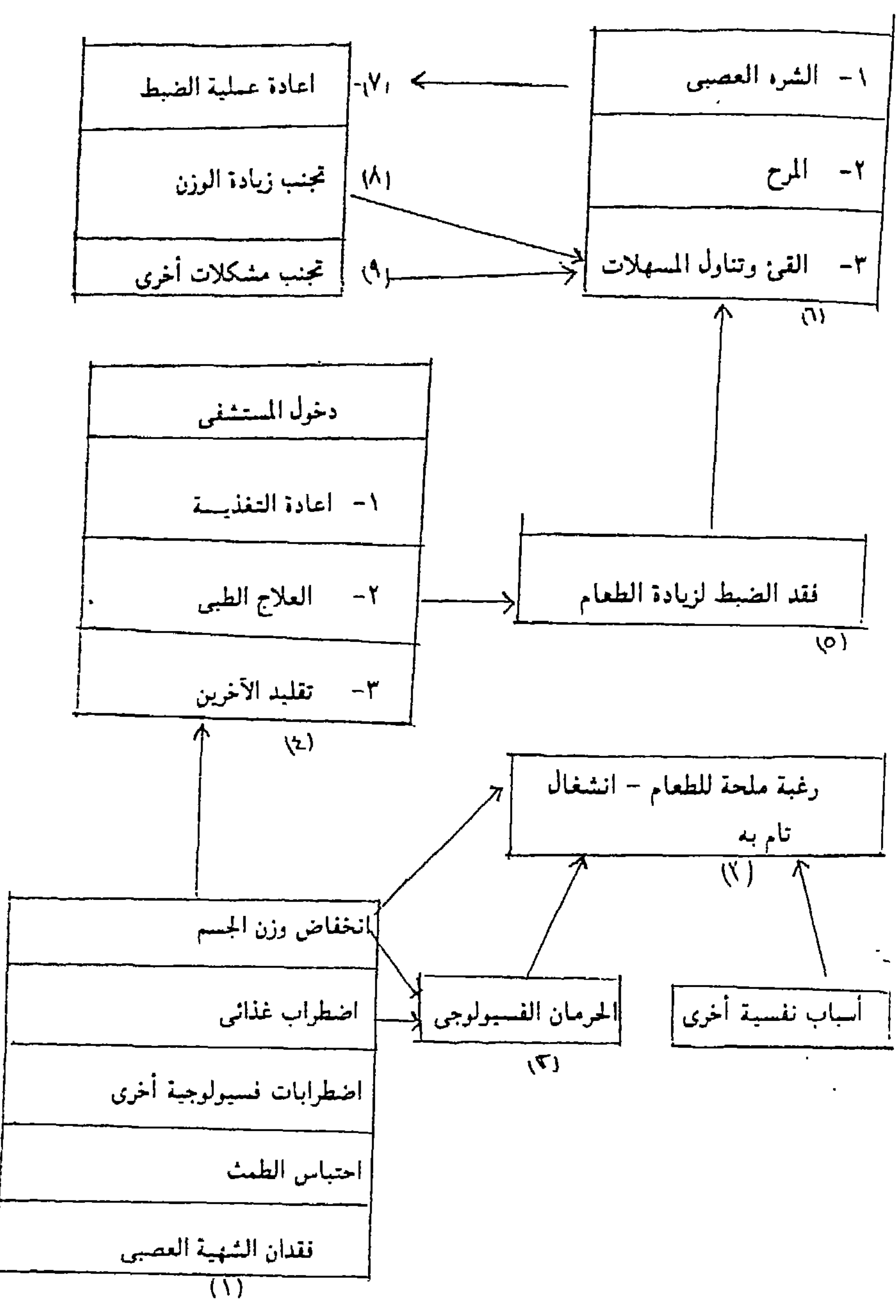
يشير اصطلاح التعزيز السلبي إلى زيادة الاحتمالية لاستمرار السلوك التجنبي وأزالته، والأحداث والمثيرات المثيرة وفي النموذج الحالي السلوك المخيف من زيادة الوزن تعتبر كتدعيم سلبي يستمر ويزيد خلال تجنب لمثير غير مرغوب وهو الأقل. إذاً النمط الأول للمثيرات غير المرغوبة هو الخوف من زيادة الوزن والنمط الثاني ينتج عندما ينجح مرضى

فقدان الشهية العصبى فى فقد الوزن والتحكم فى الأكل يشعر بالفشل فى كل المجالات وعدم القدرة على التحكم فيها ماعدا مجال ضبط الوزن وشكل وحجم الجسم وأطلق عليها (كرسب) فوبيا الوزن، ومن السمات المميزة لغالبية مرضى فقدان الشهية العصبى هى الفكرة المسبقة عن الطعام ووزن الجسم وحجمه قبل عملية الأكل. وتعتبر هذه الفكرة نوع من السلوك التجنبى الذى يعفى الحالات من المواجهة المباشرة لبعض المثيرات المنفرة (غير المرغوبة) والتى تكون الدافع الأساسى لفقد الشهية مثل صراعات المراهقة والمشاكل بين الشخصية والضغوط وخبرات الفشل .

نموذج (سلاد) التحليلى الوظيفى للشرة للطعام

نقطة البداية فى هذا التحليل للشرة للطعام من ملاحظات (روسيل Russel، ١٩٧٩) الذى اقترح وجود العديد من الطرق المرضية التى تؤدى إلى المشاكل السلوكية الخاصة بالشرة للطعام العصبى Bulimia Nervousa). والنتائج العلمية التى توصل إليها (روسيل) على عينة من مجموعة شرة الطعام الأغلبية منها لديها تاريخ سابق لفقدان الشهية العصبى بنسبة (٥٧٪) وحوالى (٢٠٪) ليس لهن تاريخ سابق لفقدان الشهية العصبى والباقى لديه اضطرابات فى الدورة الغذائية ويتضح ذلك فى الشكل التخطيطى المقدم ويوجد أسلوبان أو طريقان يقودان إلى الشرة للطعام . الأول منها وجود فقدان شهية عصبى . والثانى ينتج مباشرة من أسباب نفسية أخرى وهذه الأسباب النفسية الأخيرة لم تلقى الاهتمام الكافى كما هو فى المسلك الأول. ونحاول هنا فى نموذجه إظهار الميكانيزمات وراء هذا الاضطراب. وانخفاض الوزن المصاحب لفقدان الشهية العصبى مع الاضطراب الغذائى واضطرابات فسيولوجية. وفى هذا النموذج واضح نشأة الشرة العصبى للطعام من سلوك فقدان الشهية العصبى الذى تسبب فى حدوثه مجموعة من العوامل النفسية والأسرية والبيئية بالاضافة إلى الفسيولوجية وأولها رقم (٢) الحرمان الفسيولوجى كنتيجة لسبب ولقصور فى الدورة الغذائية. ولقد سلم كثير من الباحثين **بالطريق الأول** وهو انخفاض وزن الجسم بالاضافة إلى سلوك فقدان الشهية العصبى الذى يؤدى إلى إرسال إشارة عصبية إلى القشرة المخية التى تؤدى إلى اختزان الطعام.

والسبب الثانى: لدى مرضى فقدان الشهية العصبى وسلوكهم حيال دخول المستشفى لحالتهم الخطرة . ومع وجود برنامج غذائى لفترة محددة كمحاولة لزيادة الوزن بسرعة مع الخوف من تطور الحالة وعوامل أخرى سوف يؤدى إلى



الصيغة التخطيطية للشره للطعام Bulimia Nervousa

تكسير الأسلوب الغذائى لرفض الطعام الذى تعرضه تلك الحالات على نفسها. وفى ذلك يصبح هناك عوامل ثلاثة وهى دخول المستشفى والتحذيرات الطبية والبرنامج الغذائى. وبذلك تصل الحالات إلى وقوعها تحت ضغط من النوعين الضغط البيولوجى الداخلى Internal Biological Pressure (IBP) والضغط البيئى الخارجى External Enveromental Pressure (EEP) ويعتبران بمثابة التعزيز الموجب القوى للأكل . وهنا تفقد الحالات عملية الضبط التى تفرضها على الطعام. وفى مثل هذا الموقف يقترح اتخاذ موقفين أو حلين إما فقد السيطرة الزائدة على مخزون الطعام واما استجابة الرضا للمحيطين بالاستجابة للعلاج ومن هذا التحليل يتضح السبب الثالث يتضح من تاريخ الحالات تقليد للآخرين.أى لنماذج أخرى من الأفراد ذوى الشرة للطعام.

وفى هذا النموذج فى العوامل أرقام (٧ ، ٨ ، ٩) يتضح أن أسلوب شره الطعام يتسبب فى حدوثه عوامل تعزيز إيجابية مثل الشعور بالرضا والتعزيز السالب يظهر فى إعادة ضبط عملية الأكل وتجنب كلا من الوزن الزائد وبعض المشاكل الأخرى .

الكمالية العصابية

تختلف النظرة إلى السعى نحو الكمال والإتقان. فإذا رجعنا تاريخياً إلى ذلك نجد أن مجموعة من الآراء تنظر إلى الكمالية ككون لمستوى الطموح والدافع للإنجاز بل ودافع للأداء. ومنه من اعتبر الشخصية الكمالية نموذجاً مثل (بورنس، ١٩٨٠) وعلى الرغم من النظر إلى السلوك الكمالى كعامل إيجابى فى التوافق والإنجاز إلا أنه ينظر إليه أيضاً وكأنه نموذج عصابى أمثال (هاماكيك ١٩٧٨، فليت واخرون ١٩٩٠) وترتبط الكمالية مع العديد من الخصائص السالبة مثل الشعور بالفشل والذنب والتردد ومشاعر الخزى وانخفاض تقدير الذات وترتبط مع أشكال خطيرة من الحالات المرضية السيكولوجية مثل تعاطى الكحوليات وفقدان الشهية العصبى والاكتئاب واضطرابات الشخصية (دليل تشخيص الأمراض النفسية والعقلية (DSM III). وصعوبات التوافق تنبثق من الميول الكمالية المرتفعة والتى يضع الفرد فيها مستويات عالية غير واقعية ومحاولة تحقيقها. وعندما يفشل الفرد يعمم هذا الفشل على ذاته كلها ويتشدد فى تقييمه لذاته ويتكون لديه ميل إلى الحكم على الأمور إما بالنجاح الكامل أم الفشل التام

وبهذه الطريقة نجد أن مفهوم الكمالية نظر إليه من زاوية ذاتية وبتوجيه ذاتى، ولكن الكمالية أخذت مفاهيم بين شخصية هامة فى توضيح صعوبات التكيف والاهتمام بالعلاقات بين الشخصية وداخل الشخصية ذاتها فى تحديد وتصنيف سبب الاضطرابات السيكاترية .

ويقرر «هاماكيك» أن الكمالية كمكون نفسى مازالت تحمل الكثير من الخفايا الكلينيكية وقد ميز بين الكمالية السوية والكمالية العصابية .

الكمالى السوى(٢) :

هو الفرد الذى ينظر إلى عمله ومجهوده بأنه جيد بقدرها الحقيقى ويشتق السعادة من الجهود والأعمال الصعبة ويميل إلى زيادة تقدير ذاته من خلال آدائه أى شعوره بالسعادة يتناسب مع آدائه .

---

(١) Neurotic Perfectionism

(٢) Normal Porfectionists

الكمالى العصابى :

هو الفرد الذى ينظر إلى مجهوداته وأعماله بأنها غير جيدة بالقدر الكافى على الرغم من جودة هذا الأداء . ويضع لنفسه مستويات غير واقعية ويجاهد من أجل تحقيقها. وأنه غير قادر على الشعور بالرضا عن آدائه والأشياء لايقدر على المستوى الجيد الذى يستحق الشعور بالرضا. .

ويضع (فروست) ١٩٩٠ خصائص الفرد الكمالى فى الأبعاد الستة التالية :

١ - الاهتمام الزائد بالأخطاء . ٢ - المستويات العالية التى يضعها الفرد لنفسه

٣ - إدراكه لتوقعات الآباء والأمهات ٤ - إدراكه لنقد الآباء والامهات القياسى .

٥ - الشك فى قدرته على الآداء لأمر مؤسسته أو جهة عمله .

٦ - الشك فى قدرته على الآداء والتصرف فى بعض المشاكل .

وأضاف (فروست) أنه من الصعب التمييز بين الفرد الكمالى السوى والكمالى العصابى وقام (بيتر سلاد، وآخرون ١٩٩١) بإدخال عامل عدم الرضا [٤] وقاموا ببناء مقياس ينقسم إلى قسمين واختصاره (SCNAS) [٥] لدراســـة ذوى اضطرابات الأكل من المصابات بفقدان الشهية العصبى ووجدوا أن الكمالية العصابية ترتبط ارتباطاً سالباً مع اللذهانية وعدم الرضا يرتبط مع كل من العصابية والانطوائية والذهانية على قائمة «أيزنك» للشخصية وافترض كل من (بول هويت وجوردن فليت، ١٩٩١) وجود أبعاد ثلاثة للكمالية من وجهة نظر اجتماعية وشخصية .

١ - الكمالية بالتوجيه الذاتى[٦]: يضع الفرد لنفسه مستويات عالية ويحاول تحقيقها .

٢ - الكمالية بتوجيه الآخرين[٧]: يضع الآخرون للفرد مستويات ويحاول تحقيقها بدافع منهم .

٣ - الكمالية المكتسبة اجتماعيا[٨] يكتسبها الفرد من إدراكه للمواقف البيئية المحيطة به .

---

(٣) Neurotic Perfectionsits (٤) Dissatisfaction

(٥) Setting Conditions for AnorexiaNebosa Scale

(٦) Self - Oriented Perfectionism

(٧) Other Oriented perfectionism

(٨) Perfectionsim Socialy Prescribed

ويقدم (بيتر سلاد وآخرون) . تفسيراً مبسطاً للكمالية لدى الأفراد بوصفه للأفراد الذين تقل لديهم الكمالية أنهم لم يجدوا التقبل من البيئة المحيطة الأولية فيقل لديهم الاتقان والسعى إلى الكمال ونتيجة لعدم التقبل من البيئة المحيطة الأولية لايكتسبوا الأفكار التى تجعلهم يعرفون كيف يكونون محبوبين. أو الشك فيما يكتسبوه من آراء من حولهم فيما يوكل إليهم من أعمال. وعلى العكس إذا كانت البيئة حول الفرد إيجابية فسوف تعلمه أسلوب الإتقان وكيف يكون محبوباً وراضياً عما يؤديه من أعمال. ويعتبر (بيتر سلاد) أن الكمالية كدافع للإنجاز لمستويات أفضل ترتبط مع كل من اضطرابات الأكل والنمط السلوكى (A) وبعض الأفكاراللاعقلانية وبعض نماذج الشخصية الأخرى ووضع مقياساً يشمل عدم الرضا والكمالية قد سبق الإشارة إليه (SCANS) .

وتم تصميم استبيان خاص بالكمالية العصابية (NPQ) [٩] وقد قمت بتعريبه وتقنينه فى بحث خاص بالكمالية العصابية لدى الأسوياء ومرضى الفصام البرانويدى والاكتئاب الأساسى والهستريا التحولية. وأظهرت الدراسة أن أعلى درجة للكمالية العصابية لدى مرضى الاكتئاب الأساسى من الجنسين وأقل درجة للكمالية العصابية لدى مرضى الهستريا التحولية .

علاقة الكمالية ببعض المتغيرات السيكولوچية :

ترى رابطة الاخصائيين الأمريكيين فى دليلها DSM III . أن الكمالية تتشابه مع غيرها من اضطرابات الشخصية مثل فقدان الشهية العصبى والإدمان وتعاطى الكحوليات .

ووجد «سورتوزكين Sotozkin» أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الكمالية وسوء التوافق الموجود فى الكثير من الاضطرابات الخطيرة مثل تعاطى الكحوليات وفقدان الشهية العصبى والاكتئاب .

ووجد (برادى استيفن Brady Steven) أن مرضى العصاب القهرى يميلون إلى الكمالية العصابية . ويرى (راسكين وتيرى Raskin & Terry) أن الكمالية العصابية ترتبط مع كل أبعاد النرجسية . بل ويعتبر أن النرجسية هى الدافع للكمالية العصابيـــة.

---

(٩) Neurotc Perfectionism Questionnaire

وجدت (سوزان ميتزمان Susan Mitzman) ، أن هناك علاقة بين اضطرابات الأكل والكمالية سواء فى حالات فقدان الشهية العصبية أو الشره .

كما أكدت (ليندا هيبجينبو ثام Higginbotham Linda ١٩٩٣) على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين قلق الموت والكمالية. وتستخدم الكمالية كميكانيزم دفاعى ضد قلق الموت وخصوصاً الإناث .

وأكد (جونسون ودوجلاس وبويل Johnson Douglas & Poul ١٩٩٣) ، على العلاقة الارتباطية الموجبة بين النمط السلوكى (A) والكمالية العصابية .

قياس الكمالية:

يوجد مجموعة من المقاييس إما لتقدير مستوى الكمالية مثل مقياس (BPS) وإما للتمييز بين الكمالية السوية والكمالية العصابية مثل استبيان (NPQ) وبعض المقاييس لتقدير الكمالية فى علاقتها ببعض المتغيرات مثل اختبار الكمالية المتعدد الأبعاد (MPS) واستبيان (SJSQ)وسوف نقدم فكرة مبسطة عن كل منها :

١ - مقياس بورنس للكمالية(١٠)

وضع هذا المقياس فى عام (١٩٨٠) لقياس خصائص الفرد الكمالى وغير الكمالى بعد أن أوضح (هاماكيك، ١٩٧٨) الفرق بين الفرد الكمالى السوى والكمالى العصابى .

٢ - مقياس الكمالية المتعدد الأبعاد(١١)

ويشتمل على الأبعاد الستة التى وضعها (فروست Frost) لخصائص وسمات الفرد الكمالى إلا أنه لايميز بين الكمالى العصابى والسوى .

٣ - مقياس (SCANS)(١٢)

ووضعه (بيتر سلاد (وآخرون. ١٩٨٦). ويشتمل على قسمين أساسين هما الكمالية وعدم الرضا ويشتمل على ٤٠ بنداً. وقام بتطويره ووضع معاييره الإحصائية كل من (بيتر سلاد وديوى وكميل ونيوتن. Slade, P. Dewey, Kiemle & Neution ١٩٩٠)

---

(١٠) Burns Perfectionism Scale

(١١) Multidimensional Perfectionism Scale

(١٢) Setting Condition for Anorexia Nervosa Scale

٤ - **مقياس سلانى وجونسون وستينبرج»(١٣) ١٩٩١**

ويتكون هذا الاستبيان من (٦٢) بندا وصمم لقياس مدى واسع من الكمالية ويفرق بين الكمالية السوية والعصابية، وقد قام كل من (جونسون ودوجلاس وبويل Johnoson Douglas, Paul(١٩٩٣) بحساب الصدق التكوينى للاستبيان . فيتكون من ثلاثة مقاييس فرعية هى: الكمالية والتأجيل عدم الرضا الشخصى.

٥ - **استبيان الكمالية العصابية (NPQ)[١٤]**

صمم هذا الاستبيان (بيتر سلاد وآخرون. ١٩٩١م) لقياس مدى واسع من الخبرات والأفكار المرتبطة والمساعدة على استمرارية وظهورر الكمالية. وقام بتطوير الاستبيان كل من (سوزان ميتزمان وآخرون. ١٩٩٤) فى جامعة ليفربول ويتكون من (٤٢) بندأ ويستخدم للتمييز بين الكمالية السوية والكمالية العصابية . وتحدد الاستجابة فى خمس مستويات، والدرجات العالية تدل على كمالية عصابية والمنخفضة تدل على كمالية سوية وبنود الاختبار مرتبة بطريقة عشوائية. وقد قمت بتعريب هذا الاستبيان وتقنينه على المجتمع المصرى(*)

ونوجه الدعوة إلى الكمالية السوية فى سلوكياتنا نبدأها من الطفولة وأسلوب التعامل مع هذه المرحلة ومنها :

١ - المستوى الذى نتوقعه من آداء الطفل يتناسب مع إمكانياته الجسدية والعقلية والوجدانية. وأيضاً لانكلفه بأعمال لايستطيع آدائها وبالتالى تشعره بالفشل والإحباط .

٢ - لانضخم أخضاء الأطفال لذلك يشعرهم بالذنب وعدم الرضا الدائم عما يقومون به من أعمال ومهام .

٣ - التقبل من المحيطين بالطفل لذلك يزيد من دافعه إلى الكمالية السوية والاتقان وعدم التقبل يؤدى إلى الكمالية العصابية وعدم القدرة علي الحكم على الأداء ويميل إلى كسب تقبل الآخرين يزيد من الكمالية العصابية المصحوبة بعدم الرضا والتوتر الدائم.

٤ - الواقعية فى تقييم آداء الطفل وعدم المغالاة فى إظهار التفوق أو الفشل .

---

(١٣) (SJSQ) Slany, Johnson, Stienberg

(١٤) Neurotic Perfectionism Q uestionnaire

(*) منشور فى الأنجلو المصرية .

الوجدانات السالبه والموجبـــه

في البدايه ظهرت فكره الانفعالات المميزه والخاصه مثل المرح والغضب والخوف ومع ظهـور وتطور الكثير من وسائل البحث الاحصائي والفسيولوجي أمكن وضع نماذج لهذه النوعيـــات من الانفعالات أمثال (Ekman ، ١٩٨٢ وازارد Izard ، ١٩٧٧) وبلوتك Plutchick ، ١٩٨٠) وكل هذه النماذج والنظريات وضعت الوجدانات في عدد من الاصطلاحات من (٧ ، ١١) وجدانا مميزا مثل المرح ، الاهتمام ، الدهشـــه ، الخوف ، الغضب ، الحزن ، الضيق ، الاحتقار ، وهذه النوعيات الشائعـه من كـل النماذج السابقه وينظر الى هذه الوجدانات بأنها مؤثره بغير في أدوات البيئه المحيطـه وأحيانا يكون لها صفه الدافعيه للسلوك مثل الخوف يكون دافعه الهرب من مصدر التهديد والاهتمام له صفـه الاستكشاف .

حاول بعض العلماء التميز بين الانفعالات وتعبيرات الوجـه أي الشكل العضلي العصبي للتعبير مثل (أكمان Ekman ١٩٨٢) ولكن التميز بين الانفعالات لم يتم بطريقـــه موضوعيه نظـرا لتساويهما في كيفيه التعبير ومع تقدم وسائل البحث الفسيولوجي أصبـــح بالامكانه التمييز باللجوء الى المؤشرات الفسيولوجيـه وازدادت المفاهيم الاساسيه لنظريـات الانفعال بزياده التدعيم الامبريقي في السنوات الاخـيره فأمكن التمـيز بين نوعيات الوجدانات رغم الاختلافات الواسعـه الحضاريـه بين عينات مختلفه من الافـراد في العديد من الدراسات . وأكدت الدراسات دائما على وجود خطـين متوازيـين من الوجدانات الاساسـه المختلفـه وأحيانا ثلاثه ابعاد فقد توصل بعض العلماء الى وجود بعدين اساسيين للتركيـــــب الوجداني مثل (روسيـل Russel ١٩٨٠) ومـيز (دينير ولارسون وليفنـــين وابمونـــس Diener, Larson, Levin. Ebnons ١٩٨٥) بين البعدين . وقام كل من (ذافيد واطسون وتليجين Watson.D.&Tel-egen ١٩٨٥) باستخدام أساليب التقرير الذاتي من التوصل الى فئتين هما : الوجدانات السالبـــــه Negative Affects(NA) والوجدانات الموجبه Positive Affe-cts(PA) وقـد انبثقتا من قوائم الوصف الذاتي في اطـار الزمـن

ويشمل بعض الوجدان السالب : الخوف ، الحزن ، الغضب ، الضيق ، الاحتقار ، مشاعر الذنب وهذه الوجدانات تترابط معاً بمعنى ان الفرد الذى يعانى من الخوف سوف يعانى من الغضب والحزن ومشاعر الذنب وهكذا بالنسبة للوجدان الموجب .

وفى دراسة (ديفيد واطسون وكلارك Watson.D& Clark ١٩٩١) يوجد الغضب ضمن البنود الفرعية لمقياس العدائية . وهذا أيضا ما توصل اليه (أرنولد بص Buss ١٩٩٢) حيث وضع الغضب ضمن مقياس العدوانية .

وقد قام كل من (دافيد واطسون وكلارك وتليجحين ١٩٨٨) باجراء التحليل العاملى لحوالى (١١٧) وصفا لحالات وجدانية بعد اختصارها الى (٦٠) بنداً فى مجموعات ثلاث : مجموعة تمثل الوجدان الموجب ومجموعة تمثل الوجدان السالب ومجموعة أخرى تبعد ثالث وهى التعب ، الدهشة ، الصفا ، الخجل ، وقام بتطوير القائمة كل من (دافيد واطسون وكلارك ، ١٩٩١) حيث أصبح يقيس كل بعد من البعدين الأساسين (NA) ، (PA) عشرة بنود وأصبحت القائمة PANAS-S شامل لاحدى عشر اختبار فرعى ويمكن استخدام هذه القائمة فى اطار أزمنة محددة وممتدة مما برهن على اعتبار هذه الوجدانات سمة من السمات ويمكن استخدام هذه القائمة فى التفريق بين السوية والاضطرابات حيث يزداد متوسط درجات الحالات السوية على بعد الوجدان الموجب عنه لدى الحالات المرضية وأيضا يمكن التمييز بين الحالات المرضية بالاستعانة بالمقاييس الفرعية للوجدانات السالبة المميزة لكل اضطراب أو مرض هذا بالاضافة الى مشكلة التداخل فى التشخيص بين الحالات المرضية مثل القلق والاكتئاب فأغلبية الحالات المرضية تحمل فى طياتها أعراضا لحالات مرضية أخرى ففى حالة القلق والاكتئاب المختلط يمكن تمييز الاكتئاب بالوجدانات الآتية وهى : الحزن ، الشعور بالذنب ، والعدائية بينما فى حالة القلق يتميز مرضى القلق بزيادة درجة الخوف مما يترتب عليه امكانية خفض أو تحسين الوجدانات السالبة النوعية المسئولة عن كل اضطراب قبل الدخول فى المرحلة المرضية .

تحديد المصطلحات:

الوجدان السالب Negative Affect

يعني تميز الأفراد بانخفاض تقدير الذات والانفعاليه السلبيه والتميز بالميل للتركيز على المفاهيم السلبيه عن الافراد والذات والعالم وأيضاً الميل الى خبره مستويات عاليه من الحزن والغضب والخوف والعدائيه ومشاعر الذنب (دافيد واطسون وكلارك ، ١٩٨٤ ، ٤٦٥) .

كما اعتبر هذا الوجدان السالب سمه من سمات الشخصيه في ابحاثها الحديثه (١٩٨٨ ، ١٩٩١ ؛ ١٩٩٤) وهي أيضاً الدرجه العاليه على مقياس البعد الخاص بالوجدان السالب على قائمه (PANAS-S) .

الوجدان الموجب Positive Affect

يعني تميز الأفراد بارتفاع تقدير الذات والانفعاليه الايجابيه والتميز بالميل الى التركيز على المفاهيم الموجبه للأفراد والذات والعالم وأيضاً الميل الى خبره مستويات عاليه من المرح والثقه بالنفس والصفا والهدوء والانتباه (المرجع السابق ٤٦٦) كما اعتبر هذا الوجدان سمه من سمات الشخصيه في دراستهما لهذا الوجدان في اطار زمني محدد بعيد المدى وهي الدرجه العاليه على المقياس الخاص بالبعد الموجب على قائمه (PANAS-S) .

وتناولت الدراسات السابقه الجوانب الوجدانيه سواء الموجبه أو السالبه وعلاقتها ببعض المتغيرات الأخرى والفروق الجنسيه في انتشار أي منهما ألو تناول احد الوجدانات وبالأخص الدراسات التي تناولتها لدى الطلاب والطالبات الجامعيين وفي حدود قراءات الباحثه لم تتناول أي دراسه عربيه الوجدانات سواء السالبه أو الموجبه في صوره شامله كما هو الحال في الدراسه الحاليه .

أولا : دراسات تناولت الوجدانات في علاقتها بمتغيرات أخرى

دراسه (دينر اخرون Diener. el al. ١٩٨٥) عن التميز بين

شدة الانفعال وتكرار الانفعال أو الخبرة الانفعاليه لايجاد العلاقه بين الجدان السالب والموجب في أي فتره زمنيه . وأظهرت الدراسه أن الافراد الذين تميزوا بشدة انفعاليه يظهر عليهم كل من الجدان السالب والموجب أى ان شدة الانفعال تميز الجانبين .
ومن حيث الخبرة الانفعاليه تميز الافراد الى مجموعة لديها خبرة انفعاليه ساليه ومجموعه لديها خبرة انفعاليه موجبه . والمقاييس المستخدمه لقياس الوجدان السالب مستقلـه تماماً احصائياً عن مقاييس الوجدان الموجب .

دراسه (بروجانسكى ودولوريس والبزابث Projansky, Dolores Elizabeth ١٩٩٠) عن دور الوجدان والمزاج في استدعاء المعلومات الايجابيه والسلبيه عن الذات وقامت هذه الدراسه على العلاقه بين المزاج وادراك الذات وحاولت هذه الدراسه اثبات الى أى مدى تؤثر الحاله الوجدانيه والمزاجيه في استدعاء المعلومات السلبيه عن الذات . وافترض الباحث ان المزاج يعمل (كمرشح) لاختيار المعلومات الايجابيه والسلبيه عن الذات وافترض الباحث مايلـى :
- يعمل المزاج (كمرشح) لاختيار المعلومات .
- اذا ارتبطت شدة الوجدان مع معلومه أمكن استدعاؤها بسهوله وخصوصاً المعلومات ذات الصله الوثيقه بالموضوع الذى يرتبط بالوجدان فالافراد مثلا في الحاله المواجبـه الاكتئابيه يستدعون المعلومات الغالبه وتم تطبيق الاختبارات على (٢١٢) طالب جامعي في السنه الأولى ومنها مقياس الاكتئاب ومقياس السمات الشخصيه الموجبه (٥ سمـات) والسالبه (٥ سمات)

وبعد فتره من النشاط الترفيهى تم سؤال الحالات لاستدعاء الاوصاف على مقياس مقسم الى سبع مستويات ثنائي الطرف الوجدانى السلبى جدا والايجابى جداً .
وأظهرت النتائج ان الوجدان أكثر تأثيرا من المزاج في استدعاء المعلومات السلبيـه والايجابيه عن الاشخصيه وزيادة شدة الوجدان هى الأكثر تأثيرا في عمليه الاستدعاء سواء الموجب أو السالب .

دراسة (سويني ومارى الين Sweeny & Mary Ellen 1991) عن علاقة الاتكالية ونقد الذات بنوع الحالات الوجدانية السالبة ، وتم تقسيم مجموعة البحث الى أربع مجموعات حسب درجة الاتكالية .

مجموعة (أ) ذات درجات عالية على مقياس الاتكالية .

مجموعة (ب) ذات درجات عالية على مقياس نقد الذات .

مجموعة (ج) ذات درجات عالية على المقاسين .

مجموعة (د) غير مرتفعة الدرجات على أى من المقياسين .

وتم اجراء تحليل التباين بين المجموعات الاربع وباستخدام مقاييس لكل من الاكتئاب والغضب والتعب والقلق كوجدانات سالبة وسمات الشخصية مثل العصابية والانبساطية .

وتتكون عينة البحث من (٥٧) من الاناث بمتوسط عمر زمنى (١٩٫٨٨) سنة و (١٤) من الذكور بمتوسط عمر زمنى (٢٠٫٤٦) سنة .

وأظهرت النتائج وجود ارتباط دال خصوصاً بين الاكتئاب والغضب والعصابية والقلق وارتباط سالب دال مع الانبساطية والتأكيدية والنشاط والانفعالات الموجبة وارتباط موجب بين الاتكالية والقلق والعصابية والاكتئاب والنتيجة العامة لهذه الدراسة ان الأفراد مرتفعى الدرجات على مقياس نقد الذات والاتكالية لديهم مستويات عالية من الوجدانات السالبة .

دراسة (وايزرايموند ايرنست Weiss Raymond Ernest ، 1992) عن دور الجانب الوجدانى الانفعالى . فهو المقدر للديناميات الثقافية وأكد الباحث على أن الاستجابات الانفعالية الوجدانية تعطى أفضل رؤية للموضوعات والمفاهيم الثقافية فى المجتمعات . وهذه المفاهيم يتمسك بها الأفراد ويدافعون عنها وترتبط بالجانب المعرفى أيضاً . فالجانب الوجدانى هو الباعث على التغيير فى ثقافات معينة وأيضاً هو العقبة فى وجه التغيير فى ثقافات أخرى .

دراسة (بوتشير آن هوستون Butcher, Ann Houston ١٩٩٢) عن تأثير الوجدان السالب والمزاج على صنع القرار وتقوم هذه الدراسة على مسلمة رئيسة وهى تأثير الوجدان السالب على الجوانب المعرفيه فى الشخصيه وافترض الباحث ان الوجدان السالب له تأثير على عمليه ومراحل صنع القرار والأفراد الذين يتمتعون بسلبيه وجدانيه عاليه يتميزون بالانزعاج والقلق ويرغبون فى القيام بالأنشطه والمجهودات ولكن يعتريهم الشعور بعدم الكفاءه ونقص الثقه بالنفس والقلق أكثر من لدى الأشخاص منخفضى الوجدانيه السالبه (NA) ويزداد المزاج السلبى لديهم ومنخفضى السلبيه الوجدانيه أكثره قدره على صنع القرار .

ثانيا : دراسات تناولت الفروق بين الجنسين فى الوجدانات السالبه والموجبه :

دراسة (سميث وكليجل Smith & Kleugel ١٩٨٢) حيث قاما بدراسة الفروق بين الجنسين فى مستويات الحزن والخوف والعدائيه بعد مجانسة المجموعتين من حيث العمر الزمنى والمستوى التعليمى وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلاله احصائيه على الوجدانات السالبه الثلاثه لصالح الأناث .

دراسة (آفريل Averill ١٩٨٣) عن الفروق بين الطلاب والطالبات الجامعيين فى وجدان الغضب كوجدان سالب والسلوك العدوانى وأظهرت النتائج عدم وجود فروق داله احصائيا بين الجنسين فى الغضب بينما وجدت فروق ذات دلاله احصائيه بين الجنسين فى الغضب بينما وجدت فروق ذات دلاله احصائيه فى السلوك العدوانى بين الجنسين .

دراسة (نولين وهوكسيما Nolen & Hocksema ١٩٨٧) عن كيفيه التعامل مع حاله عدم النشاط (Dysphoria) حيث وجدا أن الاناث يملن الى التوسع والاسهاب والتهويل فى وصف الحالات الوجدانيه كما يملن الى اجترار الافكار والمعلومات التى تدور حول وصف الوجدانات السالبه لديهن .

دراسـه (فردنبرج ويريـــن وكرومـين Veedenberg, O. Brien & Krumes
١٩٨٨) تأوضحت هذه الدراسـه انتشار الحالات الاكتئابيـه نعدم النشاط والخمـــــول
لدى الطلابوالطالبات ونسبه الانتشار لدى الطالبات أعلى منه لدى الطلاب وأظهـــــرت
الدراسـه ارتباط الوجدانات السالبـه مع كل من المتغـيرات الشخصيه والمعرفيه مثل اضطراب
الاتجاهات والنقص فى تقدير الذات ولكنها تتغـير طيلـه سنوات الدراسـه الجامعيـه .

واضاف (ماركس وسكولـيز Marx:E.M.& Schulze. C.C ١٩٩١
فى دراستهما الى العوامل السابقه وعدم وضوح الدور الجنسى لدى الذكور من طـــــــلاب
الجامعـه ويكون سببا فى انتشار المظاهر الاكتئابيـه ، وعدم النشاط .

دراسـه (آنولـد بص ومارك بيــرى Buss,A.& Berey, M. ١٩٩٢)
حيث أنـه لم يجـدا فروقـاً ذات دلالـه احصائيـه بين الطلاب والطالبه على مقياس الغضب
وتم ادراجـه ضمن قائمـه العدوان كبعـد مثل العدائيه أو العدوان اللفظى والجســـــدى
ويلاحـظ ان هـذه النتيجـهتتفق مع ما توصل اليه (آفريل Averill ١٩٨٣) مـــن
عدم وجود فروق ذات دلالـه احصائيه على بعـد الغضب ووجود فروق داله على بعـد العدوان .
وفى القائمـه الحاليه المستخدمـه فى هذه الدراسـه تم استبعاد وجدان الغضب من الوجدانات
السالبه ووضع ضمنيا مع العدائيـه كوجـدان سالـب .

دراســـه (جـين ونـج ودانى واتيكرس Jane, L. Wong & Dani J.
Watekers ١٩٩٣) أوضحـت ان الحاله الاكتئابيـه والوجـدانات السالبـــــــــه
لدى الطـلاب والطالبات الجامعـيين ترتبـط بالمتغـيرات الشخصيـه والمعرفيـه لدى طـلاب
الجامعـه مع مـرور الوقت وعدم النشاط أو الخمـول (Dysphoria) يرتبــــط
مع مشاكل تقدير الذات ونوع الجنس والاعتماد على النفس فى حل المشاكل واضطراب الاتجاهات
(Dysfunctional Attitude;S) .
واجريت دراسـه (١٩٩٣) عن السلبيه نحو الذات والعالم والمستقبل كأسلـوب معرفــــى
لدى مرضى الاكتئاب الاساسى من الجنسيه : أظهرت النتائج وجود فروق بين الجنســـين

على مقياس السلبيه متطبيقة على طلاب وطالبات كليه التربيه لصالح الطالبات والفـــروق بين الطالبات والطلاب دالة احصائياً وأظهرت الدراسه أيضاً ارتفاع متوسط درجـــات الاناث عن متوسط الذكور في الحالات المرضيه (مريضات الاكتئاب الأساسـي

(Major Depression

وفي دراسه أخرى (١٩٩٤) عن مشاعر الذنب لدى مرضى الفصام البارانويدي وذوي الميل العصابي والأسوياء من الجنسين أظهرت نتائجها فروقاً لصالح الاناث فــــي درجات الشعور بالذنب سواء الحالات السويه أو المرضيه وحصلت على أعلى المتوسطات في كل مجموعات البحث ذوات الميل العصابي . بعد عرض الدراسات السابقة يتضـــح أن هناك فروقاً بين الجنسين من حيث نسبه انتشار الوجدانات السالبه أو غيرهـــا والوجدانات السالبه مستقله تماما عن الوجدانات الموجبه احصائيـا .

نموذج الوجدانات ويشمـل :

أ) مقياس الوجدانات الموجبه والسالبه - الأبعـاد العامـه

Positive Affects and Negative Affects Scale (PANAS)

تأليف دافيد واطسون ولي أنا كلارك David Watson&lee Anna Clark

ب) مقياس الوجدانات السالبه والموجبه الشامـل PANAS-X

تأليف دافيد واطسون ولي آنا كلارك ١٩٩٤

جـ) مقياس الوجدانات السالبه والموجبه في اطار الزمن ١٩٩٤ .

تأليف دافيد واطسون ولي آنا كلارك .

ر - والمقاييس الثلاثـه قمت بتعريبها واعـدادهـــا .

نموذج الوجـدانات

طسون وتليجـين (Watson; D& Tellegen ١٩٨٥) وجود تصنف هرمي للوجدانات بصفه عامه في صوره بعدين أساسيين حيث اطلقا على البعد الاول الوجدان الموجب Positive Affect والبعد الثاني الوجدان السالـــــب Negative Affect

وتم استخدامهما كبعدين أساسيين فى الخبره الانفعاليه العامه فى دراستهما بالاضافه الى العديد من الابحاث والدراسات حول هذين البعدين مثل دراسه (آلماجور وبنبوراس Almagor&Benporath ١٩٨٩) ، (واطسون وتيليجين Watson&Tellegen ١٩٨٨) ، (مايروشاك Mayer&Shack ١٩٨٩) ولقياس هذين البعدين طور كل من واطسون وكلارك وتيلجين قائمه الوجدانات السالبه والموجبه والتى تتكون من (١٠) بنود للوجدان السالب ، (١٠) بنود للوجدات الموجبه بالاضافه الى البعدين السابقين فقد وضع تقديرا للحالات الانفعاليه الخاصه بالنوعيه ووصل عددها الى (١١) مقياس فرعى وهى : الخوف ، والحزن ، الذنب ، والعدائيه ، الخجل ، التعب ، الدهشه ، المرح ، الثقه بالنفس، اليقظه ، الصفا وتقاس على خمس مستويات .

الفصل الثالث

الاضطرابات الوجدانيـة

- المقدمــــــة
- الهستريا
- الاكتئاب
- الاضطراب الوسواسى القهرى

" الاضطرابات العصابيـــــــــه " (الوجدانيـــــه)

تنتشر الاضطرابات العصابيه بدرجه تفوق الامراض العقليه والعضويه ولا يوجـــــــــد احصائيات دقيقه على مـدى ونسبـه انتشار الاضطرابات العصابيه وايضا من الصعب حصرها وتقديم نسب محدوده لانتشارها . ويرجع ذلك للأسباب الآتيـــه :-

١- ان هذه الفئه لا تدخل المستشفيات ونـادرا ما تتقدم طالبه للعلاج النفسـي .

٢- ان مجموعه كبيرة من ذوى الاضطرابات العصابية تعاني من اضطرابات جسدية اما عضويـــة خالصة كمرض مزمن وله مصاحبات عصابية . وأما امراض سيكوسوماتية وفي كلا الحالتيـــــن يصاحبها الاضطرابات العصابيـــة .

٣- توجد الاضطرابات العصابيه مصاحبه لكثير من الامراض العقليـــه .

٤- يلاحظ كثيرا من التداخل بين اعراض مختلفة الاعصبه وبالتالي لا يمكن حصر حالات أعصبــه نقيه خالصــه . (مثل القلق والاكتئاب المختلط) .

٥- انخفاض الوعى الثقافي النفسي والطبي . وبالتالي لا تتجه الحالات العصابيه للعـــــلاج الا في حالات نـــادره .

٦ - الاضطرابات العصابيه لا يحدث فيها تفكك للشخصيــه ويتحمل المريض المسئوليه الشخصيه كامله . وسلامه الادراك والتحكم في تصرفاته وعدم بعده عن الواقع كما هو في الحـالات العقليه مثل (البرانويـا والفصام الهوسي وغيرهـا) . الا ان (عكاشـه) يـــــرى ان نسبه العصاب بين المجموع العام بين (١٠٪ - ٢٥٪) بينما في الاذهنه تتـــراوح بـــين (٥٪ - ١٠٪) .

وتم استبعاد لفظ العصابى ابتداء منعام (١٩٧٨) وأصبح يطلق على الاضطرابات العصابيه الاضطرابات الوجدانيه Affective Disorders

وتشتمل على القلق والخوف والاكتئاب والوساوس والانفعال القهريه واضطرابات النوم والطعام والحساسيه الزائده والاعراض التحوليه (مثل الهستريا) .

* والعصابى هو الشخص الذى أصبح من خلال صراعاته الداخليه أو باسرافه فى استخدام ميكانيزمات الدفاع لا يستطيع التوافق أو بلغه أدق التكيف داخليا مع ذاته ومع العالم الخارجي ليصل الى درجه من العراد فه والرضا الذاتى وازاله التوتر الذى يتم التعبير عنه بالصور المضطربه السابقه مشتمله على الاعراض الخاصه بكل فئه على حده .

وأجريت محاولات عديده لرد كثيره هذه النوعيات الى مفهوم ديناميكي من خلاله يمكن تبعاً لمبدأ الاقتصاد فى العلم رد كثره هذه النوعيات الى سبب أو سببين . مثل الفكره التى قدمها (صلاح مخيمر) وسوف نورعها فيما بعد و (دروشي رو) اللذان اعتبرا الخوف هو بذره هذه الاضطرابات السابقه بأسلوب سيكودينامى . الا انه وضعت عده نظريات لمحاوله تفسير حدوث هذه الاضطرابات وسوف نقدمها بايجاز هنا :

أولا : النظريه التكوينيه الوراثيه

ثانيا : النظريه البيئيه .

أولا : النظريه التكوينيه الوراثيه

ويقصد بها التكوينات العقليه والجسديه والفسيولوجيه والنفسيه التى نقلت للفرد وراثيا عبر الجينات ودور البيئه محدود فيها . ويطلق عليها (الاستعداد الوراثى) .

ولجأ العلماء الى دراسه انتقال الصفات الوراثيه (الجينات) الخاصه بالامراض النفسيه باستخدام التوائم المتشابهه وغير المتشابهه . ووجد ان التوائم المتشابهه اكثر تشابها فى

الاصابه بأحد الاعصبه . ونظرا لنشأه كل منهما في نفس الظروف البيئيه وهنا تبدو مشكله نصل ما هو بيئي عما هو وراثي نظرا لوجود عامل اسلوب التربيه الشائع لدى الاسره وأيضاً التعلم بالمحاكاه والتقليد لكل من افراد الاسره . ورغم ذلك فنجد عائلات / اسر لديها نفس الاضطراب النفسي واستعداد افرادها للاصابه بنوع معين من الاضطرابات العصابيه .

ثانيا : النظريه البيئيه :-

تؤثر العوامل البيئه بكافه متغيراتها على نشأه الفرد وتطوره خلال مراحل حياته المختلفه وبذلك تختلف استجابات الافراد لهذه المتغيرات الكثيره من حولهم والتي تختلف من مجتمع لآخر ومن أسره لأخرى ومن فرد لآخر . وينبع هذه النظريه مجموعه نظريات وآراء منها :

أ : نظريه التحليل النفسي وما تبعها من آراء :

أكد (فرويد) ان العوامل المسوله عن الاصابه بالعصاب تكمن في الخمس سنوات الأولى من حياه الفرد وهذه الاستجابه تحدث كرد فعل للمثيرات والمؤثرات البيئيه التي تؤثر في النمو الجنسي للطفل وعرض فكره " التثبيت " والتي تعني الثبات على المرحله التي لاقت التعزيز بلغه المدرسه السلوكيه والاشباع واذا قابل الفرد بعض المشاكل والصدمات نكص الى تلك المرحله ليستطيع مجابهه ذلك أو التثبيت على المرحله التي لاقت فيها الحرمان وتعتبر نقطه الضعف التي تعتبر أقل مقاومة فتبرز منها الاعراض كما هو معروف في الامراض العضويه وقد فسر ذلك " فرويد " بالموقف الاوديبي وصراعاته وايضا الصراع بين مكونات الشخصيه (الهو الانا - الانا الاعلى) ووصفت الاستجابات العصابيه الى الوسواس القهرى وهستريا القلق وهستريا القلق وهستريا التحوليه (التبدينيه) وهستريا القلق في كتبات (أوتوفينخل) هي عصاب القلق والتي اعتبرها

مرادفه للغربيا . وأيضا النيوراستينيا .

واعتبر القلق بمثابه اشاره انذار هولب الصراع في نشأه الأعصبه بتبايناتها المختلفه .

وتقدم هنا بعض العلماء الذين أسموا وتناولوا الرؤيه التحليليه بعض التغيرات.

١- (ادلر) رائد مدرسه علم النفس الفردي . واعتبر العصاب محاوله من جانب الفرد لتحرر نفسه من مشاعر النقص في الطفوله ونده دفع للتفوق ورفض فكره النظريه الـ ـ ـه دورها واشره على اسلوب الحياه وأسلوب التربيه في الاسره . واللذان يؤديان الى الايجابيه والتأكيد به .

٢- (يونج) نظر الى الليبيد وعلى انه طاقه عامه غير متميزه وتدفع الانسان الى العمل وأدخل مفهوم اللاشعور الجمعي . وبناء على وجود هذه الطاقه واتجاهها قسم الافراد الى منطوى ومنبسط من حيث اتجاه الطاقه الى الداخل أو الخارج على المرتب ورفضه فكره الليبد والجنسيه .

٣- (أوتورانك) اعتبر صدمه الميلاد مصدرا للقلق . واعتبر"الاراده" هي القوه الدافعه المحبوبه التي تؤدي الى تكامل الشخصيه وابداعها أو تفكك الشخصيه واكالبتها . ويعتبر الشخص العصابي فرد ضعيف الاراده غير ناضج انفعاليا وانكالي ولم يصبح بعد لتحقيق الضبط وتأكيد ذاته .

٤- (هورني) التي اعتبرت "نسق " الاساس" هو سبب العصاب وتذكر محاولات اجريت لتصنيف الاعصبيه والاذهنيه وردها الى بعض الميكانيزمات أو الى نمط مثالي واحد منها .

- يعبر " أتوفنخل " عن تشكيلة التباينات للأعصبه والاذهنيه في مواجهتها لمشكلات الحياه اما بأساليب انشائيه قد تصل الى الابتكاريه نتيجه السويه أو تفككيه نكوصيه فتظهر تباينات من الاعصبيه الى الاذهنه تختلف فمفرر : ينبغي ان تؤكد مع ذلك ان جميع

الأعصبه تكشف من الناحيه العمليه عن تساوق ميكانيزمات مختلفه من ميكانزمات تكـــون الاعراض . وقد قرر فرويد . بصوره قاطعه هستريا قلق طفلية ،واضطرابات الشخصيه والتى تتجر فيها الانا ذاتها الى المرض ، تتعدد اشكالها بتعدد الميكانيزمات التى نقيمها ومن هنا فالادق هو تشخيص الميكانيزمات لا تشخيص للأعصبه " فميكانيزمات الدفاع تمثـــل عناصر نمطيه تشكل ائتلافاتها اللانمطيه غالبيه الأعصبه الواقعيه عند الافـــراد "فينخل ، ١٩٦٩ ، ٢٠٤)

ويرى (صلاح مخيمر) اذا كان العلم فى صحيحه وبمعنى الكلمه هو هذه العمليـــه التى ترد كثره الظواهر المشاكله الى وحده الصرح النظرى التفسيرى أو القانون التفسيرى الفهمى أو كل أقل عدد ممكن من المبادئ التفسيريه لكان لنا ان نعتبر مبدأ الاقتصاد لب العمليه ومحورها المركزى . ومن هنا يمكن رد كثره الأعصبه الى نموذج هيكلى واحد وذلك ما ينتج لمبدأ الاقتصاد وان يكون أكثر امعانا ومن ثم بنتج للعمليه العمليه أن تكون أمعن علميه .

ويرى ان الاعصبه تشكله تباينات لنمط كيفى واحد قوامه التجنب أو العزل .

١- يعد الخوف من الحنزة الغريزيه الخطيرة (القلق) المنطلق واذا بقى على هذا الحال فهو (عصاب القلق) وتعتبر عند " أوتوفينيخل " هستريا (القلق)
وهستريا القلق عنده عندما تتجدول للخارج يصبح بمعنى تجنب الموقف أو المدركات المثيره للقلق . أو باستحداث ثوبيا ،لائمه خارجيه وبذلك يتحول الخطر الى خطــر خارجى كليه (أوتوفينيخل ١٩٦٩م) ، ٢٤٦) .
وهكذا بعد تحول الخوف (القلق) الى موضوع خارجى تكون الفوبيا من حيث هى مخـاوف تشريطيه . وبظهور ميكانيزم العزل يكون الدفاع بتجنب الموضوع أو الموقف وهنا يبتعد الشخص عن الموقف المثير للخوف .

- وفى الهستريا بدلا من تجنب الموقف الخارجى بالابتعاد عنه (العزل والتجنب) يتم هنا التجنب بتعطيل حول الفرد أو حركته فتنعدم حساسته أو تشل حركته مما يفسر هستريا التبديل فالعزل أو التجنب هنا يتم بتعطيل وظائف البدن بعد ان كان يتم فى الثوبيا بتجنب الشخص للموضوع أو الموقف البديل فى الخارج .

- وفى حاله العصاب القهرى يتم التجنب بنوع جديد من العزل . فيتم عزل الفكره الحصاريه عن جهازها الحركى أى التنفيذ . وفى نفس الوقت يتم عزلها عن شحنتها الانفعاليه الدافعه مما يجعلها مجرد فكره عاجزه ولا سبيل أمامها الى التنفيذ الفعلى وعلى هذه الصوره يتحقق العزل والتجنب .

- وفى حاله الامراض العقليه حيث النكوص عميق بعيدا تتعطل الأنا وحسن اختبار الواقع عندئذ فان الحفزه الغريزيه سبب الخوف والتى ادت فى تجنبها الى الفوبيا أو التبديات أو الاحصره أو القهور تخرج الى السطح وتصبح اعتقاداً جازما (هذيانات) وتحولت الرغبه الى اعتقاد جازم فى واقعيتها وتظهر فى خدمه ذلك تحريفات الادراك والادراك بغير موضوع (الهلوسات) كما تظهر كمحصله لهذا كله الخلط العقلى مثل الهوس أو الفصام والبارانويا . وعندما تنتصر الدفاعات يكون الاكتئاب .

وميزه هذا التفسير انه يتفق مع مبدأ الاقتصاد ، فبدلا من كثره الميكانيزمات يكون الاقتصار على العزل والتجنب .

ويؤكد (صلاح مخيمر) على ان الثوبيا تشكل النواه فى كل عصاب وكانت الثوبيا يمكن ان تتطور الى هستريا تبديل او الى قهور وكانت الفوبيا مرحله انتقاليه الى الهذيانات فان تشخيص الأعصبه مسأله غير دقيقه بالقياس الى تشخيص الدفاعات . والائتلاف الفريد الذى ينتج فى كل حاله من الحالات وهذا الحديث عن الائتلاف الفريد الذى تتحدد

الدفاعات النمطيه والذى يقول به فينخل ليس غير التحسيد أو الانتظام الذى يتخذه النمط الكيفي في حاله من الحالات العيانيه . وفي هذا كله ما يدل على ان الأعصبه ليست غير تباينات لنمط كيفي وظيفي واحد يستهدف التجنب والعزل ابتعادا عن الخطر بأيه وسيله حتى ان تخطى الأمر التشويهات الادراكيه الى الانكارات الفصاميه .

وترى (دورثي رو D.Rowe) أن الخوف الأعظم هو الخوف من اباده الذات وفنائها (Annmihilation of fhe seff) . وتهرب من الخوف بالعمل الشاق

بتنظيم حياتنا وحياه الاخرين . أو بتحول الى موضوعات خارجيه مثل الافراط في الطعام أو الادمان . بغرض مصادره الخوف . ومع الاستمرار في انكار الخوف قد يلجأ البعض الى الاحتماء بالشكاوى والامراض الجسميه . وذا لم تنجح هذه المحاولات فنجد من يلجأ الى كافه الدفاعات التي تعرف بأعراض المرض النفسي والعقلي وتعتبر ان اقصى انواع الخوف الذي يحدث من داخل الانسان وليس كاستجابه لخطر خارجي يمكن التعبير عنه فيطلق العون فالخوف الداخلي يستشعر في صوره قلق أو خزى أو مشاعر ذنب دون قدره على التعبير عنه كخوف ومواجهه الخطر بأسلوبين امابمحاربته أو بالهروب منه فتكون للخوف وظيفه حيويه فهو يستثير التهيؤ الجسمي للتصرف السريع في مواجهه الخطر سواء بمحاربته أو بالهروب منه اذا تتزايد ضربات القلب ويسرع التنفس فيزيد الاوكسجين الذى يدخل الجسم ويفرز الادرنيالين في الدم . اما اذا عجز الفرد عن استخدام هذا التهيؤ الجسماني اما لعدم وجود موضوع خارجي للخوف أو لعجزه عن مواجهه هذا الموضوع وتتنوع مصادر الخوف الذى لا يظهر له مسببات واضحه في الواقع الخارجي وهناك ابعاد رئيسيه في حياه الانسان تمثل مراكز للصراع الذى يحمل مصدر تهديد مستمر فالطفل يشغل

منذ مولده بالتواصل مع الآخرين ويصبح فرداً له ذات وهذا يتوقف على ما يتيحه واقعه فأن لم تتبلور هذه الذات في احساس منسق في مرحله مبكره فانه في مواجهه ضغوط الحياه يجد نفسه ممزقاً في عالم أشبه بعالمه وهو رضيع . ويهتم الطفل وينشغل بربط الاجزاء المتفرقه من المشاعر والاحساسات في خبرة متكامله ويمكن تدريجياً ان يربط بين خبره وأخرى الى أن يصل الى نظام أى بناء فيتعرف به على ذاته وعلى العالم من حوله . ويتفاعل فيه وهو بذلك يكون قد حقق قدراً من التكامل يصبح فقده مثيراً للخوف الشديد المهدد بفناء وابادة الذات .

ومن خلال معايشه الطفل للآخرين تتشكل " الابنيه " التى ينشئها لذاته ومدى تقبله لها . واحياناً يمكن اعتبارها " معانى " فنحن نحيا ونتفاعل من خلال هذه المعانى فهى التى تعطى عالمنا معنى الانتظام وعندما تخطئ احدى توقعاتنا نستشعر الخوف من أن نكون قد اخطأنا فى كل المعانى وليس فى احداها فقط . وعندما نواجه فى حياتنا التباين بين هذه المعانى أو الابنيه وبين الواقع نستشعر الخوف والاحباط والغضب والعدوان واحياناً الاكتئاب .

وفيما تقدم قد أوضحت (دورثى رو) ان ميكانيزم الانكار للخوف والهروب بدرجات متفاوته ونشأته من التضاد والتنافر بين المعانى والابنيه التى يقيمها الفرد لذاته وبين التهديدات الخارجيه مما يشعره بالخوف .

وهذا مقابل الفكره التى قدمها (صلاح مخيمر) عن ميكانيزم العزل والتجنب الذى قدم فى صوره متصل يجعل من الامكانيه تقديم تصنيف للأعصبه والاذهنه بناء على ذلك بالاضافه الى اظهار التباين بين الانماط والحالات العيانيه المختلفه . أى ان ميكانيزم الهروب والانكار

عند (د ورشي رو) يقابل ميكانيزمات التجنب والعزل عند (صلاح مخيمر) . وقدم كل منهما التفسير والبرهان على فكرته عن جدوله الخوف الى كل من الاضطرابات العصابيه والذهانيه فكلاهما ينتمي الى الاتجاه السيكوديناميي والكلينيكي

نظريه (أدولف ماير Adolf, M ١٨٦٦ - ١٩٥٠)

تقوم نظريته على تأكيد دور الوراثه والبناء وخبرات الحياه وضغوط البيئه ويرى ان سبب العصاب عاملان هما العامل الاول مستويات الطموح غير الواقعيه التي لا تتناسب مع امكانيات الفرد المختلفه . والعامل الثاني عدم تقبل الذات . والعامل الاول هو المسئول عن تحقيق الطموحات .

(جـ) النظريه الشرطيه

تعتبر افكار (بافلوف) بنظرية النشاط العصبي الراقي ويقصد بها مبدأ تأثير تأثير الجهاز العصبي الى اكبر عدد ممكن من اوجه نشاط الكائن العضوى ويقوم هذا التأثير العصبي على اساس عمليه الترابط أو الانعكاس الشرطي . فأصغر الاحداث أو التغيرات في العالم الخارجي أو العالم الداخلي العضوى للكائن يمكن ان ترتبط بحالات عصبيه معينه مما يسمى بالفعل المنعكس الشرطي .

ويعتبر (بافلوف) التأزربين النظم الثلاثه الآتيه أساس الصحه النفسيه للفرد أو النشاط العصبي السوى :-

١- نظام الافعال المنعكسه غير الشرطيه المتمركزه تحت اللحاء وتشمل الغرائز والدوافع والانفعالات وتلتصق بالتصفيه الكروبيز، للمخ .

١- نظام الاشارات المباشره نتيجـه عمل الحواس مثل سماع الصـوت أو شم رائحـه محـدده أو رؤيـه بعـض المدركـات .

٢- النظام الاشـارى الثانى ويوجـد فى الفصوص الاماميه من اللحاء ويعتمد على اشـارات النظـام الأول .

وبناء على التآزر بين النظـم السابقـه تحدث السويـه والخلو من المرض واذا حدث اختـلال ما أدى الى ظهـور فئتـين من الامراض فى رأيـه الهستريا والاعياء النفسى (السيكستنيا) فالهستريا تفكك فى النظام الاشارى الأول أما الاعياء فتفكك فى النظام الاشارى الثانـى وأعتـبر كل من الاعياء والهستريا يصيبـان الانسان ولا يصاب بهما الحيـوان .

ووجدت هذه النظريـه كثير مـن المعارضين بكيفيـه وضع السلوك الحيوانى والانسانـى على مستوى واحـد .

وكذلك حاول (أيزنـك) فى نظريته للشخصيه ربط فسيولوجيا الجهاز العصـبى بالسلوكيات الخارجيـه . وحسب نظريته فان الاضطرابات النفسيه تنشأ من تكويـن انعال منعكسـه خاطئـه بتأثير تفاعـل عاملى البيئه والوراثـه أى من الاستعداد الوراثـى للعصاب أو ما يطلق عليـه (عدم الثبات الانفعالى) وينتج من اضطراب فسيولوجيـا الجهاز الطرفـى أو السطـح الا نـى من الفص الصدغـى أما ابعاد الانطوائيـه والانبساطيـه فمركزهـا فى التكويـن الشبكـى ولـه علاقـه بدرجـه الانتبـاه .

-واذا وجدت الانطوائيـه مع الاستعداد الوراثـى للعصاب تؤدى الى حدوث أمـراض مثل القلق والعصاب القهرى والاكتئاب . وتتكون الافعال المنعكسـه بسهوله ومن الصعـب اطفائهـا .

- واذا وجدت الانبساطيه مع الاستعداد الوراثى للعصاب نشأت الهستريا والنموذج السيكوباتى للأفراد .

والانفعال المنعكسه من السهوله انطفائها ولذلك يتميز من مريض الهستريا بالقابليه للايحاء .

ويتميز الشخص الانبساطى بانخفاض درجه التنشيط الشبكى والشخصى الانطوائى بارتفاع درجه التنشيط الشبكى .

محددات آخرى :-

الحضاره والثقافه والحالة الاجتماعيه لها اثرها البالغ فى تكوين الشخصيه وأيضاً فى ظهور بعض الانحرافات والاضطرابات . فالظروف الاجتماعيه من فقدان بعض الوالدين أو كلاهما . والطلاق والادمان لهم الأثر السلبى على سلوكيات الأطفال . وأجريت العديد من الدراسات حول نظره المجتمعات الى المرض والسويه والانحراف تختلف من مجتمع لآخر . والاختلاف ما بين الريف والحضر فى انتشار الامراض النفسيه وغيرها يحتاج لمزيد من البحث والدراسه وكذلك ارتباطها بالطبقه الاجتماعيه وخصوصاً الطبقات الاجتماعيه والاقتصاديه غير محدده تحديداً دقيق فى مجتمعنا كما لا يوجد احصائيات دقيقه .

- اساليب المعامله الوالديه والترتيب الميلادى للطفل والعلاقات داخل الاسره بين الأخوه وأيضا الاستعداد الوراثى وانتقال بعض الجينات من أحد الابوين . فقد وجد ان بعض العائلات لديها استعداد وراثى لـلاصابه ببعض الامراض النفسيه والعصابيه .

- الضغوط التى يتعرض لها الفرد فى حياته وشدتها وازمانهـــا .
- سرعه التغـير الاجتماعـى وصعوبه التكيف فى التشكل الحضارى السريـع .
- ضعف بعض القيم الدينيه والخلقيه فى مواجهـه التطلعات الفرديه وتحقيق الرغبـات الفرديـه .

الهستيريـــــــا

أولا : مقدمـــــة :

يشمل لفظ هستيريا مجموعة من الاضطرابات الجسدية والنفسية وتعرف بأنهـــا مرض عصابى يتميز بظهور علامات وأعراض فرضية بطريقة لا شعورية . وهذا اللفظ مـــن أقدم التعبيرات المستخدمة فى ميدان علم النفس المرضى فقد ذكرت الاعــــــراض الهستيرية عند قدماء المصريين فى القرن السادس عشـــر قبل الميلاد ولكــــن لم يستخدم لفظ هستيريا الا عند اليونان القدامى وهى موجودة عن كلمة (هستيـــريا) الرحـــم .

وكان الاعتقاد السائد بان الهستيريا لها علاقة بالاعراض المرضية الجنسيـــــة للرحـــم والحرمان الجنسـى . ويتم العلاج والتخلص من هذه الاعراض بالعمــــل على عودة الرحم الى مكانه الطبيعى باستخدام الدهون والزيوت وغيرها . وظلـــت هذه الفكرة لفترة طويلـة . ولذلك اقتصر هذا المرض على النسـاء دون الرجـاء حـتى القرن السابع عشر الميلادى حتى أكد (شارل) الطبيب الانجليزى أن مرض الهستيريا يصيب الجنسين فى مراحل حياة الأفراد المختلفة ومصدر المرض المخ والجهـاز العصبى وليس اضطراب الرحـم وتجوله فى داخل الجسم نتيجـة للحرمان الجنسى .

ومع التقدم فى النواحى الفسيولوجية والتشريحية ومختلف العلوم أعزى (شاركـــو) الأعراض الهستيرية الى الاستجابة للمتغيرات والعوامل النفسية الضاغطة مـــــع الاستعداد الوراثى للاصابة بهذا المرض . وأضاف (جانيت) أنه اضطراب فــــى مكونات الشخصية يؤدى الى تفككهـــا .

وأكد " فرويد وبروير" على دور الخبرة المبكرة فى الطفولة وخصوصا الصدمه الجنسية وقام بعلاج حالات الهستيريا باستخدام التداعى الطليق . ولاقت هذه الفكـــرة الكثير من النقد لاعزاء العرض الى الخبرة الجنسية الصادمة . وبهذا قدمت نظريـــة التحليل النفسى الفهم للميكانيزمات اللاشعورية المؤدية لهذا العرض وتأثير خبــرات الطفولة فى تكوين الشخصية الهستيرية وقدمت بعض الآراء الفسيولوجية وخاصة " بافلوف " فقد أوضح أن المصابين بالهستيريا يتميزون عن غيرهم بوجود قشرة مخية ضعيفـــة والقشرة المخية تقوم بدور هام فى كف واحباط مراكز تحت القشرة فى المخ . وهـــذا الضعف يؤدى الى اثارة ما تحت القشرة وتصبح هذه المراكز مصابة بعدم التــــوازن والاندفاع والتهور . وعند تأثير الضغوط والشـدائد تظهر المنعكسات البدائيـــة الاولية دون سيطرة عليا عليها وبالتالى تظهر الأعراض الهستيرية . ويلاحـظ مـــدى التشابة بين القشرة المخية للطفل والشخصية الهستيرية .

ثانيـــا : العوامل المهيئة لحدوث الهستيريا :

بعد توضيح مختلف الآراء فى المقدمة السابقة . الا أن ظروف ومتغيرات التنشئـة الأسرية الاجتماعية . وأساليب المعاملة الوالدية بالذات لها أثر مهيء لحـــــدوث الأعراض الهستيرية ومنهـــا :-

١- التدليل الزائد والمبالغـة فى مدح الطفل أو الطفلة وتناول سلوكياتهـــــم بالتفخيم والاهتمام الزائد بكل ما يصدر عنه وخصوصا بعد سن الرابعة وحـــتى العاشـــرة . وتظهـر الأعراض فى مرحلة الطفولة المتأخرة والبلوغ ومع المراهقـة بالنسبـة للأطفـال المدلليـــن .

٢- المبالغة فى حماية الطفل ومنعه من القيام بالانشطة والمسالك الخاصـــــــة

بتوكيد ذاته أو اعطائه المزيد من الثقة بالنفس . وبذلك يصبح الطفل غير ناضج اجتماعيا وانفعاليا لفقده الاحتكاك والتعامل مع الآخرين وتحدث لدى غالبية الأطفال المرضى أما الطفل أو الطفلة الوحيدة .

٣- اشعار الطفل دائما بأنه مميز عن بقية الأخوة أو الاخوات أو الزملاء في الفصل والمبالغة في رعايته اما لمرضه أو لجماله وجاذبيته .

وبذلك يتكون لدى الطفل مفهوم غير حقيقي وواقعي عن ذاته وكأنه مميز في كل شيء وعن مواجهته بالحقيقة أو تعرضه للمشكلات وتحمل المسئوليات يشعر بالاحباط والفشل . وتظهر الأعراض الهستيرية كوسيلة طفلية لاسترداد الحب والاهتمام والرعاية ولكن هذه المرة طلب الرعاية والاهتمام بطريقة غير سوية .

وتحدث الاضطرابات الهستيرية بين الاناث والسيدات أكثر منها بين الرجال وقد تبلغ نسبة (٥ : ١) ولكن التعبير عن الانفعالات والضغوط ومواجهة الشدائد قد تأخذ صورا أخرى عند الرجال . ففي الحرب العالمية الأولى كثرت الأعراض الهستيرية لدى المحاربين والحرب العالمية الثانية كثرت الأمراض السيكوسوماتية .

ونظرا لحدوث الهستيريا يرجع لعاملين أساسيين هما : الوراثة والبيئة فاذا قدمنا فيما سبق بعض أساليب المعاملة الوالدية المسئولة عن الاضطراب الهستيري ولكن لا يغفل دور العوامل الوراثية في حدوث الاستعداد للمرض . ويزداد حدوث الأعراض الهستيرية في الأطفال وفي سن البلوغ. ومن الصعب تحديد نسبة انتشار الاضطرابات الهستيرية بين الأفراد .

ثالثا : الشخصية الهستيرية :

تتميز الشخصية الهستيرية ببعض الخصائص الانفعالية والسمات التي تميزها عن غيرها من الشخصيات العصابية الأخرى ومنها :-

١- تمتاز الشخصية الهستيرية بالأنانية (التمركز حول الذات) . وهو الاهتمام الزائد بذاته وأموره ومصالحه الشخصية دون الاهتمام أو النظر الى اهتمامات الآخرين المحيطين به . مع محاولة جذب الاهتمام الدائمة نحوه من قبل الآخرين والاستعراضية والمبالغة فى كثير من الاصابة فى الملبس والمظهر بصفة عامة ولفت أنظار الآخرين .

٢- العلاقات بين الشخصية تتصف بالتعدد والاتساع . أى كثرة الصداقات الا أنها علاقات سطحية بدون دراسة أو اهتمام . بجانب وجود عدم الاتزان أو الاستقرار الانفعالى فانها دائمة متغيرة .

٣- الشخصيات الهستيرية تتميز بعدم الاعتماد على النفس والتواكل ولا يتحملون المسئولية الذاتية أو المسئولية تجاه الاخرين ويعبرون عن ذلك بعدم القدرة أو التمارض والهروب من المواقف التى تحتاج الى مجهود ومثابرة .

٤- تتميز الشخصية الهستيرية بعدم النضج الانفعالى : ويعنى ذلك التغير السريع فى الانفعال من حالة لأخرى . وعدم الثبات الانفعالى والتذبذب فى تكوين العاطفة نظرا لعدم ثبات الحالة الانفعالية . وعدم القدرة على ضبط الانفعالات أو التعبير عنها بطريقة ثابتة مستمرة تميز هذه الشخصية بالعلاقات الاجتماعية فى العمل أو فى أى مجال بعدم الاستقرار .

٥- تتميز الشخصية الهستيرية بالقابلية للايحاء . وهو تقبل أفكار وآراء الاخرين دون نقد أو مناقشة والتأثر بها . ويتفاعل مع الاحداث والشخصيات المثيرة

انفعاليا . ويشبه فى ذلك الحالة الانفعالية الطفلية ولذلك يستخدم الايحاء فى علاج الحالات الهستيرية فى كثير من الاحوال .

٦- عدم التحكم فى الانفعال وضبطه ونظرا للتغير السريع للحالة الانفعالية لدى الفرد الهستيرى فأحيانا ماينتابه شحنه انفعالية قوية من سرور وابتهاج ونشوة وسرعان ما تتقلب الى حزن وغضب وتظهر بعض المواقف المسرحية فى وجود الآخرين وهذا مايميز النوبات الهستيرية لجذب انتباه واهتمام الآخرين من حوله .

٧- القدرة على التعدد فى الشخصية . ونظراللاسباب السابقة نجد أن الشخصية الهستيرية تستطيع الانقلاب (الانفصال) من خصائص انفعالية مميزة لشخصية ما الى خصائص انفعالية أخرى تتلاءم مع الموقف الجديد أى أنهم يمتلكون القدرة على الهروب من المواقف وسرعة التغير .

رابعا : تصنيف الأعراض الهستيرية :

تعتبر الاعراض الهستيرية أكثر الأعراض العصابية انتشارا لأنها تشتمل على كل من ردود الفعل العصابية النفسية والجسديه معا . كما أن بعض الاعراض والاضطرابات الهستيرية كثيرا ما تصاحب الأمراض النفسية أو العقلية وأحيانا مع الأمراض العضوية المزمنه . وبعد أن قدم " فرويد " تفسيره لحدوث الهستيريا وعلاج الحالات الهستيرية قامت هناك محاولات لتصنيف الأعراض الهستيرية منها تصنيف " كاميرون " " جاك روستربنج " و " عكاشة " وسنقدم التصنيفات الثلاث من صورة مقارنة .

تصنيف الاعراض الهستيرية

أولا : "عكاشة" :

الاضطرابات الهستيرية

تحولية C.D

حركية

- الشلل
- فقدان الصوت
- ارتجاف الاطراف
- اللازم
- النوبات الهستيرية
- الغيبوبة الهستيرية
- الاضطرابات الجلدية
- الجوال الهستيرى والسير الهستيرى

حسية

- فقدان الاحساس
- العمى الهستيرى
- الصمم الهستيرى
- فقدان التذوق أو الشم
- الالام الهستيرية

حشوية

- الصداع
- الغيشان أو القيء الهستيرى
- الحمل الكاذب
- فقدان الشهية العصبى
- صعوبة التنفس
- السعال
- الام بالظهر

التفككية الانشقاقية

- فقدان ذاكرة
- الشرود الهستيرى
- شبه العته الهستيرى
- تعدد الشخصية
- الجوال الليلى

ثانيـا : تصنيف " كاميرون "

الهستيرية التوقفية	الاضطرابات الهستيرية اللاارادية
- فقدان الصوت	- الاغماء
- فقدان الشهية	- فقدان الذاكرة
- الشلل وفقد الاحساس	- الخلجات
- فقدان البصر	- تعدد الشخصية
	- المشى أثناء النوم

ثالثـا : تصنيف (جاك روى سترينج)

الهستيرية التحولية	حالات التفكك الهستيرى	النوبات الهستيرية
	- فقد الذاكرة	

من عرض التصنيفات الثلاث السابقة يتضح الآتـــــــى :

- الهستيريا التحولية فى تصنيف عكاشة هى نفسها عند " جاك سترينج " وتقابـــــل التوقفية عند " كاميرون " . والهستيريا اللا ارادية عند (كاميرون) تقابل التفككية عند كل من " عكاشة ، وسترينج " .

- العملية الداخليه النفسية فى حالات الهستيريا التحولية هو تحول للصـــــراع النفس والتوتر بعد كبته الى عرض عضوى أو جسمى وله معناه الرمزى وقد أظهرت ذلك نظرية التحليل النفسى ولكن لا يدرك الفرد الهستيرى العلاقة بيـــــن العرض العضوى والسبب الخفى ورائه وبذلك يتم التحول لا شعوريا . وأحيانـــا لاارادیا كما فى الهستيريا التفككية عند كل من "كاميرون"، "عكاشة".

- والهستيريا التحولية (الحسية) عند "عكاشة" تقابل التوقفية عند "كاميـــرون" من وجهة نظر فقد العضو للاحساس من حيث الوظيفة وهى ماعبر عنهـــا كانون بتوقفه عن آداء وظيفتــه .

- النوبات الهستيرية فى تصنيف " سترينج " هى نفسهـا عند عكاشة فى الهستيريا التحولية (الحركيـــة) .

- التصنيف الذى وضحه " عكاشه " اشتمل كل أنماط الاستجابات الهستيريـــــا أو بمعنى أوسع الإضطرابات والأعراض الهستيرية .

وواضح به الربط بين العضو الذى اشتمله الاضطراب هل هو حركى أم حســـى أم حشوى أم ادراكى وعقلى . وهذا واضح من التصنيف السابق .

خامسا : هستيريا التبدين والأمراض اليكوسوماتيه :

غالبا مايختلط الأمر بين الأمراض السيكوسوماتية والهستيريا التحولية (التبدينية) (Conversation Hysteria) في مظاهر الأعراض . فالأعراض في كليهما أعراض جسديه كتعبير عن الانفعالات . ويمكن التمييز بين كل منهما في أوجه الاختلاف الآتية :

١- من حيث دلالة العرض ومغزاه :

فالأعراض في هستيريا التبدين أعراض فيزيائية تمثل بشكل متنكر اشباعا لرغبة غريزية لاشعورية أو كفا لها أو الأمرين كليهما . مما يجعلها تعبيرا رمزيا عن صراع لاشعوري ومن هنا تنطوى الأعراض الفيزيائية على دلالة . وان لم تكن شعورية بالنسبة الى صاحبها بخلاف الأعراض السيكوشوماتية التى تخلو من كل دلالة رمزية للعرض الخاص بعضو ما (أى ليست هناك أدلة لهذه الرمزية حتى الآن) . ومعظمها أعراض شعورية ناتجه عن ازمان الانفعالات النفسية واستمرارها لمدة طويلة مع بقاء المثير الخارجى أو الداخلى المسئول عن هذا الاضطراب مع الاستعداد الوراثى السابق على الاصابة ونمط الشخصية كعامل محدد .

أ - الانفعالية أو هى المغالاة الهائلة فى القابلية للايحاء وعدم الاستقرار الانفعالى التفكك ، تفجرات انفعالية في نوبات من البكاء أو الصراخ .

ب - الشعورية : انعدام الحساسية (Anesthesius) واضطرابات الوظائف الحسية من عمى أو صمم .... الخ . النوم ، الأوجاع الهستيرية فقدانات الذاكرة .

جـ - الحركية : شلل حركى (دفاع فعل) - شلل ارتعاشى - نوبات تشنجية - قصورات فى التناسق الحركى - الخرس الهستيرى .

د - الأعراض الأكثر خطورة : الولع بالأكاذيب - الهلوسات - الجولان النائم التخشب - الخبل الكاذب . ولو أن اللوحه الكلينيكية لهستيريا التبدين تكثرية الشكل الى أبعد حد .

ويحدث لعريض هستيريا التبدين (التحولية) أعراض تحولية نتيجة لمواجهة مشاكل أو موقف لم يستطيع الفرد حلها أو تقبلها فتظهر عليه الأعراض الجسدية وبذلك يتحقق للمريض هدفين هما حماية نفسه من مواجهة هذا الموقف ، ولهذا يلاحظ على مريض هستيريا التبدين عدم الاكتراث بالعرض رغم مايسببه من اعاقة نظرا لما يحققه من هروب عن مواجهة المواقف . ويستدر بهذا العرض عطف واهتمام المحيطين به ولذلك يلاحظ حدوث النوبات التشنجية أو النوبات الهستيرية دائما فى وجود الآخرين . ولكن فى مرضى الأمراض السيكوسوماتية فلا يوجد للعرض دلالة رمزية أو هدف . وليست اشباعات بديله عن انفعالات مكبوتة كما هو الحال فى التحول . بل هى أحداث فسيولوجية مما يصحب هذه الانفعالات . وتعتبر من هذه الناحية اعداد الكائن الحى ، ولكنه اعداد جسمى أى توافق (داخلى التأثير) على حد تعبير (كانون) ولكى يكون التكيف وبالتالى تخفيف التوتر كاملين فلابد من توافق خارجى التأثير . أى فعل متكيف مع الواقع أو على الأقل تعبير مناسب عن الانفعال . وعندما تزمن حالة من هذا القبيل تصبح مرضية ومصدر للعرض .

٢- من حيث سيطرة الجهاز العصبي :

تختلف الأعراض الهستيرية عن الأعراض السيكوسوماتية في أنها تنشأ في الأعضاء التي يسيطر عليها الجهاز العصبي الارادي . فنجدها تصيب الوظائف الادراكية كحركة الأطراف أو العمليات الادراكية كالابصار أو الأحبال الصوتية ولذلك تكون لها طبيعة ارادية الا أن الأمراض السيكوسوماتية تحدث في أجزاء من البناء الجسمي التي تستثار بواسطة الجهاز العصبي المركزي اللاارادي كالمعدة والشعب الهوائية في الرئتين والجلد والشرايين وهي أعضاء لا تخضع للتحكم الارادي ما عدا التهاب المفاصل الروماتيزمي الذي يسبب تلفا للعضلات الهيكلية ونوبات من الألم المستمر رغم أن العضلات الهيكلية يسيطر عليها الجهاز العصبي اللاارادي ولهذا اثارت تلك الفئة المرضية اعتراض بعض الأطباء على الشروط التي ذكرتها رابطة الطب النفسي الأمريكي للشرط الذي ينص على سيطرة الجهاز العصبي اللاارادي على الاعضاء والأجهزة التي يشملها العرض السيكوسوماتي . ورغم ذلك تعتبر الى الآن ضمن الفئات السيكوسوماتية التي تعتبر اصابة عضوية في بناء الأنسجة وليست اضطرابا وظيفيا في آلية عمل العضلات أو المفاصل أو الشرايين والأوردة المغذية لها مثل الصداع النصفي .

٣- من حيث الميكانيزم الدفاعي المستخدم :

تتميز هستيريا التبدين بميكانيزم الكبت . فيرى وارين ، ١٩٣٤ "أن الهستيريا هي عصاب نفسي ينجم عن صراع ما بين الأنا والنزعات البدائية للهي حيث تتعرض هذه النزعات الأخيرة للكبت ومن ثم تكون بذلك مستبعدة من التعبير الشفوي المباشر

ويفترض أن المادة المكبوته اللاشعورية تجعلها منصرفا فيزيائيا غير مباشر عبر التبديـن مما يتمخض عن الأعراض الهستيرية . ويؤكـد هذا ماتوصل اليه (فرويد ١٨٨٥) مـن أن الهستيريا تنجك عن صدمة نفسية لا يكون للمريض عنها تذكـر شعـوري ويستخدم هذا للدلالة على عدم الاستقرار الانفعالي والايحاء ، وعندما يجد الصراع المكبوت اللاشعوري تعبيرا في اضطراب فيزيائي فان (فرويد) أطلق على ذلـك (هستيريا تبدين) .

بينما نجد أن أهم ميكانيزم دفاعي لدى المرضى السيكوسوماتيين هـو الانكـار وقد سجـل (فيشـر) مقابلات شخصية لعشرين مريضا (١٢ رجل ، ٨ سيدات) وكل منهم له تاريخ حالي أو ماضي لمرضين أو أكثر من الأمراض السيكوسوماتية . وهـؤلاء المرضى من فئات مرضية مختلفة وتم التأكد من التشخيص . وتم استخراج صنفين مميزين لهـم :

١- يبدو المكون الأساسي لفكرهم ومعتقداتهم من انعكاسات على زيادة التوفيق فـي التفصيلات التافهه للأحداث الخارجية المحيطة بهم أو الأفعال . وفي هؤلاء المرضى لا يوجد تخييلات مميزة تعبر عن المشاعر الداخلية أو الدوافع لديهم . وتبـدو أفكارهم سطحية عديمة التمييـز .

٢- أن هؤلاء المرضى يختلفون عن الذين يعانون من الاضطرابات العصابية والذهانية في كثرة تخييلاتهم الداخلية وعدم تمييز تعبيراتهم عن مشاعرهم . ولهذا يعتبـر لديهم الامكانية الكافية على تحمل معاناة المشاعر والتعبير عنها داخليـا وهذا مايوضحة ميكانيزم الانكار بمفهومه السيكولوجي .

الاكتئـــــــاب

أخذت معظم الاضطرابات الوجدانية الاهتمام الكافى بها فى جوانب شـــتى لعنوات طويلـه . لكن الاهتمام بدراسة الاكتئاب ازداد فى العقديـــن الآخيرين فقط من وجهة النظر المعرفية . على الرغم من أنه أكثرها انتشارا أو شيوعا فينتشـر بنسبة (٥٪) بين المجموع العام كمرض . وبنسبة واحـــد من بين كل عشرة أفراد كنوبة اكتئابية وهذه النوبات تنتهى بنسبة (٢٥٪) بعد مرور شهر بدون مساعدة أو علاج وتنتهى الأعراض بنسبة (٥٠٪) بعـــد ثلاثة شهـور بدون تدخل علاجى (أمينســـون وليوفيسهـــون Amenson & Levinsohn، ١٩٨١) . ولقد لخص (وليمس Williams ١٩٩٢) أسباب تأخر الدراسة فى مرض الاكتئاب الى ثلاثة أسباب اساسيـــة وهـــى :

أولا : يبدو الاكتئاب وكأنه ناتج عن اضطراب بيولوجى أكثر منه نفســـى والتطور الذى حدث فى أدوية مضادات الاكتئاب ونتائجها دعمت هـــذه الفكرة والتى تعزى حدوث الاكتئاب الى الاختلال فى المكونات الأمينيـــة فى المـــخ .

ثانيا : الأعـراض الخاصة بالاكتئاب كثيرة ومتنوعة ، وكان ينظر الى أعـراض الاكتئـاب ككف أو انطفـاء . وترجع هذه الأعراض الى فقد التدعيـــم من المحطين بالفرد فيضعف السلوك والنشاط للفـــرد .

ثالثا : يعـزى حدوث الاكتئاب الى رد فعل لصدمه كبيرة وظهـــور الاستجابات الاكتئابية لهذه الصدمه . وعند حدوث الاكتئاب في حالة عدم وجود

صدمة يرجح اعزاء حدوث الاكتئاب الى الاستعداد لهذا الاضطراب .

وهناك الكثير من الأفكار المعاصرة التي أكدت على الدور المركزى للعوامل المعرفية فى حدوث الاكتئاب . فقد أشار (بلاكبورن وآخرون ، ١٩٧٩) الى أن العدائية العامة فى اتجاهيها أى العقابية الداخلية والخارجية التى تقاس باختبار العدائية واتجاهها (HDHO) تعكس الافكار ووجهة النظر السالبة والمسقطة لدى الاكتئابيين . ويمكن النظر الى العدائية كمفهوم معرفى وكجزء من الاتجاهات العامة السالبة التى تؤدى الى الانفعال الاكتئابى العلاقة بين العامل المعرفى والانفعالى معروفة منذ فترة طويلة فوجد كل من (سكاكتير وسنجر Schachier & Singer أن الانفعالات التى يظهرها الأفراد تعتبر وظيفة للموقف المعرفى وبذلك يعتبر الانفعال رد فعل لحدث داخلى معرفى (دافيد وآخرون David et al ، ١٩٩١) .

ويؤكد كل من (فالينس Valins ، ١٩٦٦) و"لازاروس Lozarus ، ١٩٦٦) و (اليس Ellis ، ١٩٦٢) و (ماهونى Mahoney ، ١٩٧٤) على أن الآحداث الداخلية للفرد مصدرها المعلومة المعرفية . وعندما يظهر على الفرد مظهر انفعالى واضح يعتبر رد فعل للجانب المعرفى وأشهر نظرية معرفية وضعت للاكتئاب هى نظرية "بيك" (١٩٦٧ = ١٩٨٧) والتى حدد فيها الانحراف الأساسى فى تفكير الاكتئابى فى ثلاث اتجاهات أطلق عليها

الثلاثي المعرفي السلبي وهي النظرة السالبة للذات والحاضر والمستقبل وبوجود بعض الظروف البيئية تظهر بداية الصبغة السلبية للأفكار ومن هنا تغيرت النظرة للعالم في كتاباته الحديثه وطبقا لوجهة نظر " بيك " فان الأعراض الأخرى مثل النواحي الوجدانية أو الدافعية تعتبر ثانوية بالنسبة للانحراف المعرفي لديهم (بيك Beck ، ١٩٧٩) وتبعا لنظرية (بيك ، ١٩٨٧) التي ابرزت الخصائص المعرفية المميزة لمعتقدات وأفكار الاكتئابيين عن غير الاكتئابيين من مرضى وأسوياء :

١- السلبية Negativity أفكار الأشخاص المكتئبين أكثر سلبية عنه لدى غير المكتئبين .

٢- الثلاثي Triad ويتميز الأفراد المكتئبون بنظرة سلبية الى الذات (S) والعالم (W) والمستقبل (F) وهذه النظرة السلبية تشمل كل فئات الاكتئاب الاحادي القطب . وهذا النمط من أنماط الاكتئاب الذي اهتمت به نظرية " بيك " .

٣- التلقائية Automnaticity الأفكار والمعتقدات السالبة تتكرر بتلقائية وغير متعمدة ولكن غير قابلة للسيطرة عليها .

٤- المنع أو الصد Exclusivity تشيع بين الاكتئابيين الأفكار السلبية ولديهم صد تلقائي للأفكار الايجابية ومحاولة استبعاد التقييمات الشخصية الايجابية للأفراد الآخرين .

وترتبط المعارف السالبة لمريض الاكتئاب مع شدة الاعراض غير المعرفية للاكتئاب والأفكار الاكتئابية السالبة تعكس أسس العملية المعرفية مثل التذكر الاختياري

للمواقف السلبية والحزينة أو تحريفـات الواقع.

ويوضع الاكتئاب ضمن الاضطرابات الوجدانية فى كل من DSM III دليل تشخيص الأمراض العقلية الذى تصدره رابطة الأخصائيين الأمريكية ICD-9, دليل تشخيص الأمراض الذى تصدره منظمة الصحة العالمية . وينقسم الاكتئاب الى نئتين . ثنائى القطب Bipolar ويتميز بنوبة هوسية ونوبة اكتئابية بالتبادل والاكتئاب أحادى القطب Unipolar وينقسم بدورة الى نمطين هما الاكتئاب الأساسى (MDP, Major depression disorders والاضطراب الدايثيمى Dythymic disorders وهذا الأخير يتميز بنوبات اكتئابية مزمنه متوسطة الشدة وتحدث لمدة سنتين على الأقل ولا يصاحبها ميلانكونيا (النظرة السوداوية) . وأجريت محاولات لتقسيم الاكتئاب من حيث المنشأ الى endogenous داخلى النشأة وخارجى النشأة . exogenous مع الأخذ فى الاعتبار معيار الأحداث الخارجية المسئولة عن الاكتئاب الخارجى النشأة . والتغيرات فى المركبات الأمينية فى المخ فى الاكتئاب الداخلى النشأة ولكن وجد العديد من الباحثين والعلماء . أن أحداث الحياة وضغوطها توجد فى الاكتئاب داخلى النشأة مثل بقية فئات الاكتئاب مثل (بيكيل Paykel ، ١٩٨٩) . كما أجرى أوفرال وهولستير (Overall & Hollister ، ١٩٦٦) تحليلا عامليا لأعراض كل من الاكتئاب التفاعلى والداخلى المنشأ فحصلا على أربعة أنماط وهى الاكتئاب القلقى (anxious d) والاكتئاب التهيجى (agitated d)

والاكتئـــاب العدائـي (Hostile d) والاكتئاب المتأخر (retard)

ووجـد (يونـج وآخرون Young, et al ، ١٩٨٦) أربع مجموعات مقسميــــن

الى مجموعتيـن حسب وجـود أوعـدم وجـود النظـرة السوداوية (anhedonia)

او وجود مظاهـر الخمول Vegetative مثل التغيـر في الشهية والنوم . كمـــا

أجريت محاولات لاظهـار تاريخ أسـرى لكل فئـة ولكنهـا لم تصل الى نتائج مميـزة لكــل

فئة . أكـد (روبنس وآخـرون Robins, etat ، ١٩٩٠) أن الاكتئاب داخلـــي

النشـأة لا يعتبر فئـة تـدل على سبب حـدوث الاكتئـاب ولكنهـا زملـة من الأعـراض محـــددة

وبقيـة الفئات ممكـن تسميتهـا اكتئـاب غير داخلي أو تفاعلـي (reactive d)

كما أشـار اليه (سبتزير وآخـرون Spitzer et al، ١٩٧٨) في الأعــراض

المحـــددة التاليـــة :

١- مشاعـر ذنب عاليـــة ٢- الاستيقاظ المبكـر في الصباح مع المعاناة من الأرق .

٣- فقد الشـهية وفقد الوزن ٤- التأخـر الحركي النفسي والخمول .

٥- فقد الاهتمامات البيئية والاستمتاع بالانشطـة المعتـادة .

٦- نقص الدافع الجنسـي . وهذه الأعراض الستة المحددة تتشابه مع أعراض الاكتئـــــاب

الأساســـي (MDD) .

وفيما يلي مقارنة بين تصنيف (DSM III) وتصنيف (ICD-9) للاكتئاب أحاد القطب

.unipolar

نظام التقسيم	أنماط الاكتئاب الأساسي (MDD)				الاضطراب الانقباضي(DD)
	غير نوعي	يشتمل على الميلانكوليا	بدون ميلانكوليا	معه مظاهر ذهانية	
DSM III	الاكتئاب الهوسي والنمط الاكتئابي	ميلانكوليا لا إرادية	لعصبة اكتئابية	يشتمل على ميلانكوليا لا إرادية - اكتئاب ذهاني تفاعلي	أعصبة اكتئابية
ICD 9	الاكتئاب التفاعلي الهوسي والنمط الاكتئابي	اكتئاب داخلي النشأة ويشتمل على ميكلانكولية لا إرادية	اكتئاب تفاعلي	ذهانية اكتئابية - اكتئاب تفاعلي ذهاني - اكتئاب ذهاني نفسي المنشأ	اكتئاب عصابي

وواضح من التصنيفين بالجدول السابق التداخل بين الاكتئاب الأساسي والاضطراب الدايشيمي بوجود الأعصبة أو الاكتئاب العصابي في كل منهما . وأيضا وجود الاكتئاب التفاعلي في ثلاث فئات تبعا لتصنيف (ICD-9) ووجوده مع الفئة التي تشتمل على المظاهر الذهانية بالاضافة الى الميلانكونيا في تصنيف (DSM III) . ومن هنا يصعب التمييز بين الفئات الأربع للاكتئاب الأساسي . ويتضح أيضا أن الاضطراب الدايشيمي يشتمل فقط على الاكتئاب العصابي وهو ليس موضوع اهتمام الدراسة الحالية . ولهذا اقتصرت الباحثة عينة البحث على مرضى الاكتئاب الأساسي هذا بالاضافة الى التطابق المتناظر في تصنيفاته لأربع فئات في كل من (ICD -9, DSM III).

الاكتئاب الأساسي : Major depression:

هو أهم فئة وأكثر شمولا في الاكتئاب أحادي القطب . ولقد وضع " سبتيرز وآخرون ، ١٩٧٨) مجموعة الأعراض التي تميز الاكتئاب الأساسي . وهي الفئة التي تناولها " بيك " في نظريته ، ويصيب الفرد لمدة أسبوعين بأعراض اكتئابية حادة وأحيانا يصاحبه ميلانكونيا أو بدون ميلانكونيا أو مظاهر ذهانية وهذه الأعراض هي :

- صعوبة الدخول في النوم أو النوم لمدة طويلة .
- الشعور بالتعب والاجهاد وانخفاض نشاط الفرد .
- التأخر الحركي النفسي والشكوى الجسدية بدون مرض جسدي .
- مشاعر ذنب عالية لدرجة وهمية .
- عدم القدرة على التفكير أو التركيز .
- تراود الفرد فكرة الانتحار أو قيامه فعلا بمسلك انتحاري .

- فقد الشهية ونقص الوزن أو فى بعض الاوقات زيادة الشهية وزيادة الوزن .

ونقدم مجموعة من الدراسات عن الاكتئاب :

أولا : دراسات خاصة بالفروق بين الجنسين فى نسبة انتشار الاكتئاب أو فترات حدوثه :-

دراسة (أمينسون وليوفيسهون Amenson & Levinson، ١٩٨١) وشملت تلك الدراسة (١٠٠٠) فرد من المجتمع . فوجدا نسبة انتشار الاكتئاب بين الاناث أعلى منه لدى الرجال . ولكن وجد أن نوبة الاكتئاب لأول مرة فى حدوثها تصل نسبتها الى (١ر٧٪) فى الرجال وفى السيدات (٩ر٦٪) ولكنها تستمر لمدة أطول مع السيدات ويحدث للسيدات فى عمر زمنى أقل من عمر الرجال . ونسبة (٨ر٢١٪) من السيدات تصاب بنوبة الاكتئاب مرة أخرى بينما تصل فى الرجال الى (٩ر١٢٪) . أعزا الباحثان هذه الظاهرة الى كثرة الضغوط الحياتية على النساء من عمل وعناية بالأطفال بالاضافة الى التغير الهرمونى وخصوصا أثناء الدورة الحيضية .

وقام كل من (جيرسون وليبهووتز Gershon & Liebowitz، ١٩٧٥) باستخدام كل من تصنيف ICD-9, DSM III فى تصنيف الاكتئاب فوجدا أن الاكتئاب لدى السيدات أحادى القطب أكثر منه لدى الرجال بفارق دال احصائى فى كل من الدنمارك وانجلترا واسكتلندا واستراليا وكندا واسرائيل وويلز .

وأكد كل من (وايزمان وكليرمان Weissman & Klerman، ١٩٧٧) أن الاكتئاب بين الاناث ثلاثة أضعافه بين الرجال . وأعزى (براون وهاريس Brown & Harris، ١٩٧٨) الاكتئاب بين السيدات بنسبة أكبر عنه لدى

الرجال الى زيادة ضغوط وأعباء الحياة على السيدات وخصوصا العاملات بالاضافة الى ضعف التدعيم الاجتماعي لهن .

وفي دراسة (سيوسان وهوكسيما Susan & Hooksema ، ١٩٨٧) عن الفرق بين الجنسين في مرض الاكتئاب أحادي القطب وأعزوا ارتفاع نسبة حدوث الاكتئاب الآحادي القطب بين الاناث عن الذكور لأن الرجال يميلون الى النشاط أكثر تجاه الاستجابات والمشاعر السلبية لديهم ولهذا يظهروا أكثر تكيف من الاناث وأيضا الاناث أكثر تشاؤم وأقل نشاط .

دراسة (روسينتال Rosenthal ، ١٩٧٨) حيث افترض عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بينهم لصالح الاناث .

وكذلك قام كل من (ستانجلير برينتز Stanger & Printz) بجمع التشخيص الخاص بطلاب جامعة واشنطن من العيادة النفسية للطلاب فوجدوا من بين (٣٢) حالة اكتئاب (١٨) اناث ، (١٤) ذكور وتم تشخيصهم كاكتئاب أساسي والفروق في الأعراض غير دالة .

قام (فادينس Fadens ، ١٩٧٧) بحصر مرضى الاكتئاب خارج المستشفيات في الفترة من (١٩٧٤ - ١٩٧٥) فوجد فروق دالة احصائيا بين الاناث والذكور لصالح الذكور في الاكتئاب الذهاني .

ثانيـــــا : دراسات خاصة بالأسلوب المعرفى لدى مرضى الاكتئاب ومقارنتهـــــم بمجموعات أخرى من اضطرابات مختلفة أو أسوياء . وجمعت الباحثة الدراسات السابقـــة فى هـذا القسـم فى اتجاهات ثلاثة وهى فكرة الاكتئابى واعتقاده عن ذاته وعن المستقبـــل والعالـــم .

أ) دراسات خاصة بالذات لدى الاكتئابيين ومجموعات أخرى :

الباحث	العينة	الأداة	النتائج
أسارنو وكارلسون وجوثري Asarnow, Carlson& Guthrie ١٩٨٧	١٤ اكتئابي، ١٦ غير اكتئابي في عمر ما قبل المراهقة	اختبار تقدير الذات الكفاءة	غير الاكتئابيين أعلى في تقدير الذات والمكتئبين حصلوا على درجات منخفضة في الكفاءة المدرسية والاجتماعية
بيك وستير وإبستين وبراون Beck, Steer, Epstein& Brown ١٩٩٠	١٢٤ حالة اكتئاب أحادي القطب، ٢٩ اكتئاب ثنائي القطب، ٢٢٩ اضطراب قلق، ٤١ اضطرابات سيكاترية أخرى	اختبار بيك لمفهوم الذات	مرضى الاكتئاب بتوجه أقل من حالات القلق ومتساوين مع المجموعة الثالثة (مرضى الاضطرابات السيكاترية)
براون وبيك Brown & Beck ١٩٨٩	٧٩ مريض اكتئاب بدون أعراض قلق، ٨٢ اضطراب قلق بدون أعراض اكتئاب، ٢٤ اضطرابات سيكاترية أخرى	اختبار بيك لمفهوم الذات	مجموعة اضطرابات القلق والاضطرابات السيكاترية الأخرى أعلى مفهوماً للذات عن مرضى الاكتئاب
كازدين Kazdin ١٩٨٩	٥٢ مكتئب، ١٧٤ غير مكتئب	اختبار بيك لمفهوم الذات	غير المكتئب أعلى تقديراً للذات
مككولي وآخرون MCcauley et al ١٩٨٨	٧٤ مكتئب، ٣١ غير مكتئب العمر (٧-١٧ سنة)	مقياس بيرز وهاريس لمفهوم الذات لدى الأطفال	غير المكتئبين أعلى من حيث تقدير الذات
ديري وكويبر Derry Kuiper ١٩٨١	١٦ مريض اكتئاب، ١٦ غير مكتئب ويعاني من اضطرابات سيكاترية أخرى، ١٦ أسوياء وكل العينات السابقة من الاناث	اختبار لوصف الذات	الاكتئابيين أعلى من حيث الأوصاف السالبة
دوبسون وشاو Dolson & Shave ١٩٨٧	٢٤ مكتئب، ١٤ غير مكتئب ويعاني من اضطرابات سيكاترية أخرى، ١٤ مرضى بأمراض جسمية	اختبار لوصف الذات	يوجد فروق دالة بين الاكتئابيين وبعض المجموعات في السلبية لصالح الاكتئابيين.

ب) دراسات خاصة بالنظرة للمستقبل لدى الاكتئابيين ومجموعات أخرى :

الباحث	العينة	الأداة	النتائج
ابرامسون وآخرون Abramson et al ١٩٧٨	٨ مرضى اكتئاب، ٨ مرضى اكتئاب مع أعراض فصامية، ٨ فصام بدون أعراض اكتئابية ومجموعة ضابطة بأمراض جسدية	اختبار اليأس HS	الاكتئابيون أعلى من كل المجموعات على اختبار اليأس ومجموعة مرضى الاكتئاب بأعراض فصامية أعلى من الفصاميين بأعراض اكتئابية
كازدين Kazdin ١٩٨٩،	١٧ مريض اكتئاب، ١٧٤ اضطرابات سيكاترية أخرى العمر (٧-١٢ سنة)	مقياس اليأس للأطفال	الفروق دالة إحصائيا على مقياس اليأس لصالح مرضى الاكتئاب
أسارناو وباتس Asarnow & Bates ١٩٨٨	٢٢ مكتئب، ٢٢ غير مكتئب كمجموعة ضابطة العمر (٧-١٤ سنة)	مقياس اليأس للأطفال	يوجد فروق دالة إحصائيا لصالح الاكتئابيين على مقياس اليأس.
براون وبيك Brawn & Beck ١٩٨٩،	٧٦ مريض اكتئاب بدون أعراض قلق، ٨٢ قلق بدون أعراض اكتئاب، ٢٤ بدون أعراض قلق أو اكتئاب	مقياس اليأس للأطفال	مجموعة مرضى الاكتئاب بدون أعراض قلق أعلى المجموعات على مقياس اليأس
هاملتون وابرامسون Hamilton & Abramson ١٩٨٣،	٢٠٠٠ مريض اكتئاب، ٢٠ غير اكتئابي ولديهم اضطرابات سيكاترية أخرى ٢٠ أسوياء كمجموعة ضابطة	إختبار اليأس	الاكتئابيون أعلى المجموعات على اختبار اليأس

جـ) دراسات خاصة بالنظرة للعالم لدى الاكتئابيين ومجموعات أخرى :

الباحث	العينة	الأداة	النتائج
جرينبرج وبيك Greenberg & Beck ١٩٨٩،	٢١ مريض قلق بدون أعراض اكتئابية ١٧ مريض اكتئاب بدون أعراض قلق، ١٥ مجموعة ضابطة من تشخيصات أخرى غير الاكتئاب والقلق	عبارات خاصة بوصف العالم نصفها سلبي والنصف الآخر ايجابي	المجموعات غير الاكتئابية أظهرت فروق ذات دلالة في النظرة الموجبة للعالم

التداخل بين حالات القلق والاكتئاب

فى العديد من التقسيمات لتصنيف الاضطرابات الانفعالية يوضع القلق والاكتئاب ضمن فئة واحدة لدى الأطفال والمراهقين أو يوضع كل منهما منفصلا عن الآخر من حيث الأعراض والتشخيص وأحيانا يعالج الاضطرابين معا ونذكر منها على سبيل المثال بعض التصنيفات والآراء ومنها : تقسيم منظمة الصحة العالمية وضع القلق والاكتئاب فى فئة واحدة وهى الاضطراب العصابى (neurotic di sorder ويوجد أيضا تصنيفات تضع القلق والاكتئاب كل فى فئة منفصلة ففى الولايات المتحدة الأمريكية تضع رابطة الأطباء النفسيين الأمريكين (١٩٨٧) القلق والاكتئاب كل فى فئة منفصله لدى الأطفال والمراهقين . حسب دليل التشخيص الاحصائى للاضرابات العقلية (D.S.M- III . وبالنظر لهذا التصنيف الأخير حسب الأعراض وتصر التصنيف على الأطفال والمراهقين لم يوضح الاضطراب لدى فئة الأطفال والتباين فى الأعراض عند لدى المراهقين . ونظرا لهذا التباين فى التقسيمات المختلفة للاضطرابات الانفعالية أجريت العديد من الدراسات كمحاولة لايجاد دلائل وحدود فاصلة بين كلا من القلق والاكتئاب .

ويشير (أحمد عكاشه ، ١٩٩٢) الى وجود " الاكتئاب والقلق المختلط ويستخدم هذا التشخيص عندما يتواجد كل من القلق والاكتئاب دون غلبة أحدهما على الآخر ودون أن يتواجد أى من نوعى الاعراض بدرجه كافيه ، وهذه الفئه المختلطه حددها (أكينباك وآخرون Achenbach-et al ١٩٨٩) ويعتبر كلا الاضطرابين أكثر شيوعاً لدى الأطفال عن غيرها من الاضطرابات الأخرى .

ويعزى البعض سبب التداخل وعدم التمييز بين الاضطرابات الى ضعف التعبير عن الانفعالات ووصفها لدى الأطفال وخصوصاً صغار السن . وان كان هذا الرأى صائب فما هو السبب للتداخل بين الاضطرابات لدى المراهقين .

ويعتبر البعض كلا من القلق والاكتئاب اضطراب عصابى ويقع الافراد على متصل واحد يقع القلق فى طرف والاكتئاب فى طرف آخر أمثال (ديلى - واشك وآفرى وولسن ودونار Dealy, I shiki, Avery, welson, and Dunner ١٩٨١٠)/

ويظهر التداخل ليس فى التصنيف فقط بل فى عبارات المقاييس المستخدمه لقياس كلا منهما .

اسم الاختبار	قائمه القلق كحاله وسمه للأطفال STAIE	اختبار القلق الظاهر للأطفال CMAS	قائمةالاكتئاب للأطفال CDI
الفقرات	٦ فقرات	٦ فقرات	٦ فقرات

ثالثا : دراسات تناولت تاريخ الاسره كمحاوله للتمييز بين القلق والاكتئاب وهذه المحاوله الاخيره تناولت القلق فقط وحالات الاكتئاب فقط دون دراسه للحالات المختلطه (قلق - اكتئاب) .

أولا : أمثله من الدراسات التى أظهرت التداخل بين القلق والاكتئاب فى التشخيص . موضحه بالجدول التالى ...

الباحــــث	العينــه	النتائـــج
١- اندرسـون وآخرون Anderson et al ١٩٨٧	٦٣ طفل فى عمر ١١ سنـه	٤٩ قلق - ثوبيـــا ٤- داثيميا - اكتئـــاب ١٠- قلق - اكتئـــاب يمثلون ٩ر١٥٪
٢- استيرس لا ســت وهيروسون وكازوم Strauss, Last, Herson, and Kazdin ١٩٨٨	١٤٠ طفل فى عمر (٥-١٧ سنه) وتم تشخيصهم قلق فى العياده	٧٦ قلق فقـط ٣٠ قلق - اكتئاب بنسبه ٣ر٢٨٪ ٣٤ اكتئاب فقـط
٣- كارى وفنيك وام Carey, Finch and Imn ١٩٨٩	٢٩ طفل من داخل المستشفى ومتوسط العمر الزمــــنى ٩ر١٢ سنـه	١٢ اكتئاب فقـط ١٦ اكتئاب - قلق بتسبه ٢ر٥٥٪
٤- ويسمان وآخـرون Weissmah et al ١٩٨٤	٢٢ طفل من عمر (٦-١٧ سنه وتم تشخيصهم كاضطراب انفعالى	٥ قلق فقـــط ٩ اكتئاب فقـــط ٨ قلق - اكتئاب بنسبه ٤ر٣٦٪

٥- كوفكس وآخرون Kovacs et al ١٩٨٩.	١٢٤ طفل فى عمر (٨-١٣ تم تشخيصهم كاضطراب الفعالـى	٨٥ - اكتئاب د دايثيميـا ٣٩- اكتئاب - قلـــق بنسبة ٥ر١٣٪
٦- بيرنستين وجارفينيك Bernstein and Garfinkel ١٩٨٦.	٢١ طفل من عمر (٩-١٧ سنه) لديهم رفض للمدرسه مزمـن	٣ قلق فقـط ٥ اكتئاب فقـط ١٣ قلق - اكتئاب بنسبه ٩ر٦١٪
٧- كوستيلو وآخرون Costello et al ١٩٨٨.	٧٨٩ طفل من مركز الدعايه الأوليه للأطفـــــال	١٧٢ قلـق ١٣ اكتئـاب ٣ قلق - اكتئاب ٨٪

ثانيا : امثله من الدراسات للتمييز بين القلق والاكتئاب من حيث الانفعالات المميزه لكـل اضطراب والجانب الادراكي المعرفـــي .

١) دراسه (بلومبرج وازارد Blumberg & Izard ١٩٨٦.)
عن التمييز بين أ لأنماط الانفعاليه للأطفال المشخصين كقلق واكتئاب فى عمـــر زمـنى (١٠) سنـــوات .

وأظهرت الدراسـه مايلـــــــى :=

١- الحالات الاكتئابيه تميزت بالغضب والشعور بالذنب وكراهيه الذات والخجـل .

٢- الحالات القلقيه تميزت بالغضب والشعور بالذنب والخجـــــــل .

وتميزت المجموعه الاكتئابيه بانفعال اساسه الحزن والمجموعه القلقيه بانفعال أساسه الخوف ولكن وجد ان المجموعه الاكتئابيه لديها مخاوف بدرجه عاليه ولهذا قرر بأنه من الصعب فصل الاضطرابين في فئه منفصله وكان ينظر لكلاهما كحاله وجدانيه سالبه.

وترى الباحثه الحاليه أن هذه الدراسه أظهرت أن المجموعه الاكتئابيه تتميز بالحزن وكراهيه الذات عنه لدى المجموعه القلقيه بناء على المقارنه السابقه.

(٢) دراسه (بيك ولودى وبوهمير Beck, Leude&Bohmer ١٩٢٤).
عن التمييز بين الجانب المعرفي للاكتئاب والقلق لدى الأطفال والمراهقين ، فوجدوا ان النمط المعرفي للفرد القلق وكأنه يحاول ازاله خطر أو أذى متوقع بينما في الاكتئاب يتركز على الفشل والنقد للذات والآخرين .

(٣) دراسه (كيندال واطسون Kendall & Watson ١٩٨٩).
عن التمييز بين القلق والاكتئاب عند الاطفال من حيث الجانب الانفعالي المميز لكل فئه وأظهرت النتائج وضع الفئتين ضمن الاضطراب الانفعالي السالب.

(٤) دراسه(ماسير وكلومنجر Maser & Clominger ١٩٩٠)
عن الجانب المعرفي لحالات القلق والاكتئاب عند الاطفال وأهم ما يميزها .
أظهرت الدراسه ان الجانب المعرفي يظهر ادراك الحالات القلقيه لخطر وشيك الحدوث وفي الاكتئاب نقد وكراهيه للذات .

ثانيا : أمثله من الدراسات التي تناولت تاريخ الأسره كمحاوله للتمييز بين القلق والاكتئاب :-

(١) دراسه (لونجستون ونوجينت ورادير وسميث Lwingstion, Nugent, Rader ١٩٨٥م.

درسوا التاريخ الأسرى لـ (١٢) حاله قلق (١١) حاله اكتئاب من الاطفال وجمعوا معلومات عن الآباء والاجداد . وجدوا فروق بسيطه بين تاريخ الأسره

في المجموعتين . فوجدوا أن كلا المجموعتين لديهم تاريخ أسرى لاضطرابات وجدانيه ومن المتعاطين الخمور . ووجدوا فروق واحد فقط بين الفئتين هو انتشار تعاطي الخمور أو المخدرات بصوره أكثر لدى أسر الاطفال القلقين .

(٢) دراسه (ابرك وبرادى وفيليب وكيندال Eirik, Brady, Philp and Kendall

قاموا بدراسه للتاريخ الاسرى للأطفال والمراهقين المشخصين كحالات قلق أو اكتئاب للتمييز بين الاضطرابين ، ولم تظهر هذه الدراسه فروق ذات أهميه في التاريخ الاسرى وتناولت هذه الدراسه كل اضطراب على حده ولم تتطرق الى دراسه الحالات المختلطه وذلك تناولت الأطفال والمراهقين كعينه معا رغم الاختلاف بين الفئتين .

(٣) دراسه (استافراكك وآخرون Stavrakak ١٩٨٧ .

عن التاريخ الاسرى لأطفال قلقين واطفال اكتئاب وتم تصنيف الاسر الى (٤) مجموعات . مجموعه لديها اضطراب انفعالي . ومجموعه لديها اضطراب انفعالي ، ومجموعه لديها اضطراب معرفي ومجموعه لديها اضطرابات مختلطه ومجموعه خاليه من الاضطراب .

وأظهرت الدراسه أن الاطفال القلقين تميزت أسرهم بالمشكلات المختلطه (معرفي - انفعالي) والأطفال الاكتئابين تميزت أسرهم بمشكلات ذات صبغه انفعاليه .

الاضطراب الوسواسى القهرى

Obsessive Complsive Disorder

يعتبر اضطراب الوسواس القهرى (O.C.D) أقل الاضطرابات النفسية شيوعاً حيث تقل نسبته بين مختلف الاضطرابات (٣٪) وتصل بين المجموع العام من الافراد (٠٥ر٪) (كابلان استيفن Kaplan, S ، ١٩٩٤)

ويعزى البعض انخفاض نسبه وجود اضطراب الوسواس القهرى منفصل هو تشابههما مع البرانويا والذهاب بوجه عام من حيث تجريد الفكره وتكرارها ويعتبر صلاح مخيمر ميكانيزم العزل والتجنب والسبب الآخر هو الاختلاف بين الشخصيه العصابيه القهريه واضطراب الوسواس القهرى حيث لا يوجد نموذج الشخصيه القهريه فى كل الحالات وتفرق الدراسات النفسيه التحليليه بين ميكانيزم الدفاع فى الاضطراب الوسواسى والشخصيه الوسواسيه فيغلب على الشخصيه الوسواسيه (التثبيت) على المرحله الشرطيه من النمو النفسي الجنسي . بينما فى الاضطراب يوجد (النكوص) ضد تلق الصراعات الاودينيه وكلا من المظهر الوسواسى سواء سمه أو عرض يعكس ميكانيزم دفاعى هو الاسقاط لكل من الشخصيه الوسواسيه القهريه والاضطراب الوسواسى القهرى وكاجراء لعقاب الأنا الأعلى (جولد ستين Goldstein ١٩٨٥) والأعراض الوسواسيه القهريه سواء للاضطراب أو للشخصيه الوسواسيه القهريه يعزيها البعض الى الصراع بين العدوانيه والخضوع ، والنظافه والقذاره أو كونه جيد أم رديئاً أو آمراً أو مأمورا .

ولقد وجد (تشابيرو Shapiro ١٩٦٥) تشابه بين نموذج الشخصيه البارانويه والحالات الوسواسيه القهريه من حيث الاعتقادات والآراء غير الواقعيه التى تم تجريدها حيث يفسر (صلاح مخيمر ١٩٧٧) حدوث الافكار والمسالك القهريه بميكانيزم العزل والتجنب بعزل الفكره المتسلطه عن الجهاز الحركي وبالتالى تمنع من التنفيذ أى يتم عزلها عن شحنتها الانفعاليه الدافعه وبالتالى تصبح مجرد فكره عاجزه لا سبيل أمامها

للتنفيذ الفعلي وعندما يزداد الأمر تعقيداً تظهر المسالك القهريه التي تحول التلقائيه الى خط مرسوم لا يحيد عنه لمزيد من ضمانات العزل والتجنب فمثلا العدد والتكرار دليلا على الشك والتردد وهنا يظهر الفرد معزول داخل نفسه وضمن اطار محدود .
وذوى الاضطرابات الوسواسيه القهريه يشعرون بتفاهة هذه الافكار والمعتقدات ولكن لا يستطيعون التخلص منها أو السيطره عليها وتعديلها .
بينما في حالات البرانويا الاعتقاد حازم بصحه افكارهم ومعتقداتهم وكذلك يكون النكوص أمعن في حالات البرانويا .

ويرى عكاشه أن بعض حالات الوساوس القهريه تتحول الى اضطرابات ذهانيه أو يشفى المريض من الوساوس القهريه وتظهر لديه اضطرابات ذهانيه وتتداخل أعراضه مع المخاوف بدرجه كبيره من حيث التجنب لبعض الاشياء كالخوف من التلوث والمرض ويتميز ذوى الاضطرابات الوسواسيه بالاندفاع والشك والتردد وامعان التفكير في التفصيلات .

وفيما يلى بعض الاعراض:

١- الافكار والصور الوسواسيه .

٢- الافعال القهريه .

١- الافكار والصور الوسواسيه :

وهى سيطره فكره خاصه على المريض أو صوره لمنظر محدد تتكرر باستمرار ولا يستطيع المريض مقاومتها أو التخلص منها رغم وعيه بسخافه الفكره الملحقة أو الصوره المتكرره ويحاول جاهداً التخلص من الفكره أوتصور تلك الصوره ولكن دون جدوى .

٢ - الاندفاعات

ويسيطر على المريض رغبة أو اندفاع لايقاوم لأفعال لايرضى عنها ومعظمها أفعال لا يرضها الدين ولا الخلق والقيم + ويقاوم هذه الاندفاعات التى تكون في صورة عدوانيه أو انتحارية أو مخالفه وتؤدى إلى توقف نشاط الفرد للمقاومة الشريرة التى يبديها تجاه هذه الاندفاعات .

١- اجترار الافكار :

ينتاب المريض أفكاراً وأسئله ليس لها اجابات ولكن لا يستطيع التخلص منها رغم اقتناعه بعدم صحتها وتتعلق الاسئله دائماً بالنواحي الدينيه أو السياسيه أو ال

المخاوف :

هناك ارتباط بين الفوبيا (المخاوف) والافكار والصور القهريه وأيضاً الاندفاعات والطقوس الحركيه مثل الخوف من التلوث والمرض أ و ركوب السياره أو الطائره .

الطقوس الحركيه :

وهي افعال قهريه يسيطر على المريض ولا يستطيع الحد منها أو منعا رغم اعتقاده بعدم صحتها مثل عد أعمدة الكهرباء ويتبع هذه الطقوس الحركيه مخاوف ويتميز بالاندفاع ولا يستطيع السيطره عليها ولذلك تترابط هذه الأعراض مكونه زمله أعراض تميز مرض اضطراب الوسواس القهري وفي بحث لـ (أحمد عكاشه) وجد ان الطقوس أكثر انتشارا ويتبعها بعض المخاوف وفي اغلبها لها علاقه بالنواحي الدينيه وفي مجملها تمثل ما يتعلق بما يحرمه الدين الاسلامي ووجوب الطهاره والتخلص من الآثام سواء بالاغتسال أو التوبه .

وهنا تظهر أعراض خاصه بالنظافه والتلوث ولذلك يتميز العصابي القهري بالتناقض الوجداني والملاحظ أحياناً ان الاعراض القهريه . . .

ميكانيزمات الدفاع :

ونظرا للارتباط بين الميكانيزمات الدفاعيه والعصاب فيستخدم مريض العصاب القهري اساليب دفاع ضد أفكاره وطقوسه التي لا يستطيع مقاومتها ومنها الاسقاط والنكوص والعزل والمحو والكبت والتكوينات المضاده .

المقاييـــــس

يوجـد العـديد من المقاييس لقياس الاضطرابات وشدته وتكرار السلوكيات ومنهـا

* مقيـاس يالى بـراون للوسواس القهـرى

Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale.(Y-Bocs)

ويتكون من ١٠ بنود لقياس شده الاعراض مثل الوساوس والاندفاعات والتدفيقات والتكـرارات السلوكيه ويتمـيز بثبـات وصدق عـال داخلى وتوضع فيه الدرجـه على الوساوس كقسـم وقسـم آخـر للاندفاعـات

* مقياس المعهـد العالى للصحـه العقليه للعصاب القهـرى (NIMH-OC

National Institute of Mental Health Obsessive Compulsive Rating Scale

ويقيس الافكار الوسواسـه الحصاريـه والمقاومـه للاعراض الاندفاعيه والقلق ومشاعر الذنـب العصابيـه والتجنب ويتكون من (٨) بنـود وأجريت لـه تعديلات وصدق وثبـات

* مقياس التقدير الذاتى لاضطرابات الوسواس القهرى

Sepf Rated Scale For Obsessive Compulsive Qis orders (SRSOCD)

ويتكون هذا المقياس من (٣٥) بنـدآ وتقع الاجابه عليها فى مستويات خمسه ويقيـس المقياس أربعـه مكونـات هـى :-

١- الضيق الناتج عن الضغـوط	1- Distressing
٢- الافكـــار	2- Thougths
٣- الطقوس	3- Rituals
٤- الكمــال	4- Perfection
٥- الخوف من التلوث	5- Contamination

ويعتبر هذا المقياس شاملا وسهل التطبيق فى المجال السيكومترى كما أجريت له صدق المحك مع المقياسين الكلينيكيين السابقين .

المراجع

١- **أحمد عزت راجح (١٩٧٧)** . أصول علم النفس. القاهرة . دار المعارف .

٢- **أحمد عكاشه (١٩٩٢)** . الطب النفسى المعاصر. القاهرة . الأنجلو المصرية .

٣- **أحمد محمد عبدالخالق (١٩٧٧)** . قائمة ويلوبى للميل العصابى . كراسة التعليمات دار سعيد للطباعة . الاسكندرية .

٤- **أحمد محمد عبدالخالق (١٩٧٩)** الأبعاد الأساسية للشخصية . القاهرة . دار المعارف .

٥- **أحمد محمد عبدالخالق** ، مايسة النيال . فقدان الشهية العصبى وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية . مجلة دراسات نفسية . ١٩٩٢ المجلد الثانى . العدد (١).

٦- **أمال عبدالسميع باظة (١٩٨١)** . دراسة مقارنة لبعض سمات الشخصية لدى المراهقين الأصحاء والمصابين بروماتزم القلب ماجستير - غير منشور - تربية طنطا .

٧- **آمال عبدالسميع باظة (١٩٨٦)**. العدوانية وعلاقتها بأبعاد الشخصية لدى المرضى السيكوسوماتيين دراسة تجريبية إكلينيكية . دكتوراة . تربية طنطا.

٨- **آمال عبدالسميع باظة**. السلبية نحو الذات والعالم والمستقبل كأسلوب معرفى لدى مرضى الإكتئاب الأساسى من الجنسين . مجلة كلية التربية بالزقازيق.١٩٩٣. العدد العشرون . يناير.

٩- **آمال عبدالسميع باظة** . مشاعر الذنب لدى الفصاميين البرانويديين وذوى الميل العصابى والاسوياء. مجلة كلية التربية ببنها . ١٩٩٤ . أكتوبر.

١٠- **آمال عبدالسميع باظة** . الكمالية العصابية لدى مرضى الفصام البرانويدى والاكتئاب الأساسى والهستيريا التحويلية والاسوياء من الجنسين . المجلة المصرية للدرسات النفسية (١٩٩٦) المجلة السادس. العدد (١٥)

١١- **آمال عبدالسميع باظة** . الكمالية العصابية والكمالية السوية . مجلة دراسات نفسية (١٩٩٦)المجله السادس . العدد ٣ يوليو.

١٢- **حسين عبدالعزيز الدرينى (١٩٨١)**. مقياس الخجل (كراسة التعليمات) دار الفكر العربى . القاهرة

١٣- صلاح مخيمر (١٩٧٩) المدخل الى الصحة النفسية . مكتبة الأنجلوالمصرية . القاهرة.

١٤- عبدالرقيب أحمد البحيرى (١٩٨٢). إختبار القلق حالة وسمة (كراسة التعليمات) دار المعارف القاهرة .

١٥- محمود السيد ابوالنيل . دراسة عن العوامل النفسية المرتبطة بالامراض الجلدية وجوانبها الارشادية والتربوية . مجلة جامعة الامارات العربية المتحدة . ١٩٨٣. المجلد الاول - العين .

١٦- مصطفى سويف (١٩٧٨) علم النفس الحديث . معالم ونماذج من دراساته . مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة .

١٧- وليم الخولى (١٩٧٦) الموسوعة المختصرة فى علم النفس والطب العقلى . دار المعارف - القاهرة .

18- **Agras, S. Barlow. D. choplin, H. Abel, G., & Lettenberg, H.** Behaviour Modication of Anorexia nervosa. Archives of General psychiatry, 1984, 30,279-301 .

19- **Agras, S. (19870)** Eating disorders managment of obesityblimia. and anorexid nervosa, Elmsford, ny. pergamon.

20- **Alford, B, & Boyle, M. (1982)** Nutrition during the life cycle. englwood cliffs, ny . prentice hall.

21- **Abmagor, M. &Bem- porath.** the two factor model of self-reported mood: Acrosscu tural repilcation. journal of personality assessement (1989) 53-10-12.

22- **Arwar, A, Majida, I. and Qamar, H (1979).** Acomarative study of certain personality characteristic of psychosmstic and psychoneurtic. Indian journal of clinical psychology. N. b. pp, 181-184.

23- **Averill, J.R.** studies on anger & aggression implications for theories of emotion. american psychological (1983) 38, 1145-1160.

24- **Bandura. A. (1973).** aggression. a social learning analusis. N. y. prentic hall, englewoof cliffs.

25- **Bandura, A. & ealters, R. (1977).** social learning and personality development N v

26- **Beck, A. T. (1979)** cognitive therapy and emotional dis orders. N. Y. inter national university press.

27- **Berkowitz, L. (1979)** dome detenninations of Im ulsive aggression the role of medicated associations with reinforcement for aggression, P.

28- **Brich, leann. L,.** obestity and eating disorders: Adevelopment prespective. dissertation abstracts, (1992), vol, 78, 29780.

29- **Boozy, timothy, L. Perry, Narry, Nathan W. Rancy, Gary Fischler (1991).** detection of quality knowledge with event related potentiols, journal of applied psychology (Dec) vol 76 (6). 788-795.

30- **Blomberge, S. H. & I zard. C.E. (1986).** discriminating patternso femotions in 10 & 11 years old childre's nnxiety and depression. journal of personality 51-852-857.

31- **Brich, leann. L.** obesity and eating disorders: Adevolpmental prespective. Dissertation absteacts, (1992), vol 78, 24780.

32- **Brombra, D., cammins, G. & friedman, S. (1980).** Protecting physical and mental health. In. J. rehage.. Toward. ado lescene. the middle school years (pp.141- 162), chieago; NSSE.

33- **Bryant, waugh, R lask, B,** anorexia nervosa in a group of asian childrens living in britain. British journal of psychiatry, (1991), vol. 158, feb. 229-233.

34- **Burns, D.** the perfectionism aeript for seff- defeat . psychology to day , 1980, november, 39-51.

35- **Buss, A. H., & Perry, M.** the aggression Questoin airc journal at personality and social psychology, 1992, vol. 63, No. 3, 452-459.

36- **Bybee, Jane, A, & Zigler, tdward (1991):** self image and guilt. afurther test of the cognitivedevelopmental formatoin- journal of personality. (Dec). vol. 58 y 1, 733-745.

37- **Butcher, Ann Houston.** Disposition and decision making effects of negative effectivity and mood on effort and search straigies in multiatibute decision taske. dissertation abstracts (1992) vol 52. no. 6. December.

38- **Clark, I. S. (1970).** A comparison of twohostility inventories using an abnormal ppopulation , Bri. J. psychiat. no 116. P.225.

39- **Crown J. M. & Crown, S. (1973).** the relationship between personality and the presence of eheumatiod factor in early theumatoid disease. second- J. Rheum . no. 3. p. 120-123.

40- **Darivl, Thomas. J. Johnson, Ronald, G & Danko George, P. (1992).** personality correlates of pubilc and private self consciovs ness. personality & In dividual differences (May) vol, 13. (3) 381-384.

41- **Davies, E., & Furnham, A. (1986a)** the deiting and body shape concerns of adolecent females. journal of ohild psychology and psychiatry, 27, 414-426.

24- **Davies, E. & Furn Ham, A.** (1986b) bodily satisfaction in adolecnt girls. british journal of medically psychology, 59, 279-287.

43- **Dawn, M. Mc Daniel & Steven Rechard,** coping with dysphoria: gendor differences in cohege students. journal of clinical psychology, (1990), vol. 46. no, 6 novem ber, 896-899.

44- **Diner, E. lasen, R. J., Levin, S. & Emmons R. A.** Intensity and freguency dimentions underlying positive. tournal of persomality and soail psychology (1985) 48, 1253-1265.

45- **Drever, J. (1964).** Adictionary of psychology, middlesex, england , penguin books.

46- **Dun bar, F. (1993).** Psychomalic diagnosis. N. Y. pavol bhocler.

47- **Edmands. G. (1980).** the measurment of human aggressivness. england. ellis. horwood limited.

48- **Edward. B. Blanchord and larry, D. (1973).** Seff- control. of cardio functioning apromis as yet an fullfilled. psychogical bulletin, vol, 79, no. I. pp, 1-6.

49- **Ehirl, chman, H. & halpen, J. N.** Affect and memory effects of pleasent and unpleasent or ders on retrieval of happy and unhappy memories, journal of personality and social psychology (1988), 55, 769-779.

50- **Ekman, P. (1982).** Emotion in human face 2 nd (ed) cambridge, england. cambridge university press.

51- **Ekman, P., Davidson, R.J. & Friesen, W.** the duchenne smile: Emotional expression and brain phy siology. journal of personality

52- **Ecyclopedia Britanica. (1973).** vol. 15. london, proboscider. rubber.

53- **Eysenck, h. J. (1972)** encyclopesia of psychology, london. Herder and Herder.

54- **Eysenck, H. J. (1973)** Hand book of abnormal psychology. london pitermal medical .

55- **Fehr, L. & stamps, L. (1979) Givlt and Shyness :** Aprafile of docial discom fort. Journal of persona lity Assessment, 43,418-484.

56- **Feighner, J. Robins, E. Guzem. S. B. woodruff, R. A.** winokur,G.& Munoz R (1972). Diagnosticcriteria for use in psychiatric.

57- **Foulds, G. A. Caine. I. M. and hope, K. (1957).** Manual of hostility and direction hostility ques tionaire, londoupress.

58- **Foulds, G. A. (1965).** Personality and personalillness london tavistock publications .

59- **Frazier & shervts, H. (1980).** Headache. (chapter 26) in harold, I. (et al). eomprehensive text book of psychiatry. vol. II. london. willians & wikins batimore.

60- **Freedman, D. & kaplane, M. P. (1982) :** comprehensive text book of psychiatry, M.S. A william & wilkins company Baltimore.

61- **Freedman, Maurice (1991) :** Reflections on hidden exissten tialguilt, Humanistic psychological. (feb), vol. 4(3) 277-281.

62- **Frost, B. P. (1970):** Anote on extraversion and aggression western psychlogist, I, pp, 111-112.

63- **Frost, R.O. Marten, D. Lahat, G. & Rosenblate.** the dimentions of per fectionism, cagnitius. therapy and Research, 1990, 14, 449-468.

64- **Furnham, A. &Henly, S.,** lay belifs about over coming psychological problems. Journal of social & clinical psychology, 1988, 26, 423-438.

65- **Funham, A., & Kramers, M.** Eating problems patient's conceptions of normality. Journal of genetic psychology, 1989, 120, 147-153.

66- **Furnham, A., & Antera, H. W.** Lag theories of Anorexia nervosa, Journal of clinical psychology, 1992, vol. 48. No. 1. January. 20-36.

67- **George, L. K. H.S.U.** Experimental aspects of bulimia nervosa. be haviour modification 1980, vol. 4. No. I, January.

68- **Gothile, I. H. & Megor, J.P.** Factor analysis of the multiple affect ajective check list. Aseperation of positive and negative a ffect. journal of persona lity and social psycholgy (1986). 5, 1161-1165.

69- **Graham, P.T.(1972).** Psychomatic medicine. In Greenfield, N.S.& stern back, R.A. Hand book of psuchophy siology. N.Y. Holt rinehart & winston.

70- **Grinker, karen & R.R. Miller, J.Sabshin, M.Nunn, R. & Nunall 4, J. C (1961):** the phenomina of depression. Newe york. Hoelder.

71- **Guttman, O.(1966).** Psychological conditions and psycho therapy, N.Y. Gralinc foundation.

72- **Hamdckek. D.E.** Psychodynamics normal and nen rotic perfectionism. Journal of psychology, 1978, 15, 27-33.

73- **hass, K.(1979).** Abnormal psychology.N.Y. Dwan. nostrund company.

74- **Hewitt paul. L & censt, M.** the ideal self schematic processing per fectionistic content in dysphoria niver sity student. Journal of personality and social psychology, 1990. 59, 702-808.

75- **Hevirth paul, L. Flett gordon, L.** perfectionism in self and social contexts conceptea lization Assessment and association with psychopa thology. Journal of personality and social psychology, 1991, vol. 60 No 3, 456-476.

76- **higgin botham, Linda. G.K.** Anexistia and empirical analysis of death anxiety and perfectionism in aca de mically giftef and traditional college students. Dissertaion Abstracts. International, 1993, vol. 53, no 9,4995-B

77- **Howard, J.H.(1979).** Health patterns associated with type A behavio behavior. Dissrtation Abstracts. vol. 32.no. (9-B), P, 4575.

78- **Indira, S.N. and V.N. Nurphy. (1977).** Hostility conttels in psychosomatiic illness. Indian journal of clinical psychology. vol. 14. No. 2pp.

79- **Indria, S.N. Murthy. (1979).** T.A.T. hostilty and psychosomatic conditions. Indian. J. clinical psychology. vol. 67. No. 4. pp, 41-50 .

80- **izard, G.E. (1997).** Human emotions new york. plenum press.

81- **Jach, Ray stronge, 1956.** Abnormal psychology Mcgrake. hill. New delhi.

82- **Jane, L. Wong. & Dani, J. Waltekers,** depression mood state and their cogritive and personality corre lates in college students: the improve overtime. Journal of clinical. Psyshology, 1993, vol. 44, no. 3,615-622.

83- **Jefferu sobal & Albert. J.S.** socio economic status and obestity. Psycological. Bulletin, 1987, vol. 101, No. 2, 271-273.

84- **Jonk, Mills.** Differeces of locos of control. between obse Adult and Adolecentin femals under going weight reduction Journal of psychology, 1991, vol. 125, No. 2, 195-199.

85- **kenedell, R.E. (1970) :** Relation ship between aggression and depression. Archives of general. Psychiatry. No. 128. pp, 146-155.

86- **Kugler, karen & jomes, Earaun, H.(1992) :** On conceptualizing and assessing guilt. Journal of personality (Feb). vol, 62(1) 318-327.

87- **Kurk hass. (1979)** Abnormal psychology : van nostrand company. new york. P. 114-117 .

88- **Lee, Sing. Anorexia nervosa in adolecents of Asian extractions comment :** British journal of psychology, 1991 (Feb). 158, 284-285.

89- **Lee, Sing, Lewg, G.M. wing. Y. chin, F. Acne as arich factor for anorexia nervosa in chinese :** Dissertation Abstracts, 1992, vol. 78, 2492.

90- **Lisa, D., Hiz and Donald, A, williamson. Bullimia and depression :** A. Review of the Affective variant hgpo thesis. psychological Bulletin, 1987, vol. 102. No. I, 150-158.

91- **Lorne 3, K. (1969) .** On aggression . harcourt Brace and world new.

92-**Maccoby, E . E & Jacklin -C .N .(1974) .** The psychology of sex differences . starford califatin ford u. Press New york .p.

93- **Mariolice faubel .** Body Image and depression in women with Early and late onset obesity Journal of psychology.(1989) vol. 125, 285 - 295

94- **Marx, E.M. , & schut 3 , c . c . I .** Inter personal program solving in depressed students . Journal of clinical psychology .1991, 47, 361 - 367

95- **Maxwell, H . Migraine . (1966) .** Birstol .wright .

Converted by Tiff Combine - (no stamps are applied by registered version)

96- **Mayer, J- D- & Gaschke, y. N.** The experience and meta experience of mood . Journal of personality and social psychology (1988) 52 , 81 -90 .

97- **Nolen -Hoe ksema** . sex differences in unipolar depression Evidence and Theory, psychological Bulletin (1987), 1019, 259-282

98- **Phelps, L. & When Znki, F.** cognitive Behavioural. Dimesions with Non clinical Adolescents, Journal of clinical psychology, 1993, vol. 99, No. 4.

99- **Philips, G. (1976).** Headache and personality. Journal of psychosomatic research. vol. 20. pp., 535-542.

100- **Pike, kathleen, M& Radin, J.** mothers , doughters and disordered eating . Journal of Abnormal psychology , 1991 . (May) .vol'. 100 , No . 2 , 198 -204

101- Plutihik, R. (1980). Emotion .. Apsycho evalua tionary synthesis, New York, harper & Row.

102- **projansky, Dolores Eleabeth.** Effects of mood and affection recall of positive and negative in formd tionq about the self . Dissertation Abstraets (1990) vol . so , No 10 , April , 5189 - A .

103 - **Raskin, R, & Terry.** Aprincepal components analysis of the marciss it ic persona lity Inventory and further evidence of construct validity. Journal of persona lity and social psy chology, (1988), 59, 890-902.

104 - **Rastam, Marid & Gillberge, Christopher.** The family back ground in dnorexia nervosa, A population Based study Disserta tion Abstracts, 1992, vol.78 24934.

105 - **Rimon, R. (1973).** Rheumatoid factor and aggression dynamic in female patients with heumatoid arthritis. scand. J. Rheumatology. No. 2. pp., 119-122.

106- **Rita, H. & Rees, L. (1973).** psychological aspects of migraine. J. psychosomalic research. vol. 17. pp., 141-153.

107- **Robert, B. (1980).** Aggression. In freedman and Benjanis, J. compre hensive text book of psychaitry. vol. I. London williams & wilkins.

108- **Rowland, Neil, E. Bio logical.** factors in eating and its dis orders . psycho logica LBulletin. 1991, vol. 29, No. 3, 249-256.

109- **Russell, J. A.** Acircumplex model of affect. Journal of personality and social psychology, (1980), 39 , 1161 - 1178.

110- **Scott, J. P. (1977).** The physiology of aggression and defect. N.Y. plenum press.

111 - **Selye , H. (1956).** The stress of life .N. Y. Me - Grawe hall .

112- **Slade, P.** Towards funetional. Analysis of anorexic and bulimid nervosa. British Jornal of clinical psychology, 1982, 21, 167 - 179.

113 - **Slade, P.** Update on scans . Ascreening instrument for Ident ifying indivi duals at risk of deve lobing an eating disorders, 1990, In terna tional Journal of eating disorders, vol. G, No. 5, 583 -584.

114- **Slade, P. D., & Dewey, M. E.** Devel opment and preliminary validation of : SCANS : Ascreening in strument for identifying individuals at risk of developing anorexid and bulimia nervosq. In terna tional Journal of eating dis orders, 1991, 5, 517 - 538.

115- **slade, p. D. Newton, T. Butter, N. M., & Murthy** Anexperimental analysis of perfec ionism and dissatisfaction British Journal of clinical psychology, 1991, 169 - 176. ,

116- **Smith, E. R., & Kleugel, J. R.** Cognitive and soeial bases of emotional experience : outcome attribution and affect .Journal of personality and social psychology (1982), 43, 1129 -1141.

117- **Steven Brady.** Perfectionism and Millons basic persona lity patterns. Dissertation Abstraets Inter national, 1988, vol. 49. N. 6. 2405-2406.

118- **sotozkin, B.** The quest for porfection : Avoi ding guilt or avoiding shame? Psycho therapy, 1985, 22, 564 -571.

120- **Walman, B. (1973).** Dectionary of behavioral science (Edt : 1)

N. Y. van Nostrand Rinold company.

121- **Walman, B. (1973).** Hand, book of general psychology, new Jersy, prentic hall, Engle wood clifs.

122- **Warren, H., G. (1954).** Dictionary of psychology, Boston. Houghton Mifflin company.

123- **Watson, David & clark, Lee, A. (1992)**: Affects separable antinsepara ble on the hierarachic of arrangement of negative affects. Journal of personility & social psychology (Mar). (3), 489 -505

124- **William, D. (1975).** Neural faetors related to habitual aggression. In moyer, K, E. Physiology of agg ression. N.Y. Raven press

125- **Wright & Irving, (1976).** Role of psychogenic and behavior patterns en development and aggression. J. Medicen, vol, 75. N-2. P.P., 2128 - 2132.

126-**Wright, Longm (1978).** Conceptilizing and defining psychosomatic disor ders. American psychologist. VoL. 32. No. 81. Pp. 625 -628.

127- **Zatten, Waxler & Carloyn (1989):** patterns of civiltion of children of well depressed mothers. Journal of society for research in child deve lopment April, 27 - 30.

128- **Zahin, Waxper. & Carolyn (1991):** Religion and guilt in O C D patients. Journal of Anxiety disorders. Vol. 5 (4). 359 - 361

129- **Zillman, D. (1979).** Hostility and aggression N.Y. Erllous Associates.

فهرست الموضوعات

الفصل الأول : الشخصية

الفصل الثانى : الاضطرابات السلوكيه :

الفصل الثالث : الإضطرابات الوجدانيه:

رقم الإيداع ٩٧/١٥٣٣٨
الرقم الدولى 977-05-1588-4



مطبعة جامعة طنطا